

# CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XIX

12

DICIEMBRE

1951

Presidente:

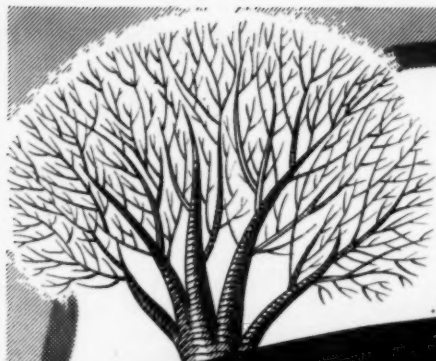
DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR







# INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

★ La vitamina 'P'  
en su medio natural

## FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,  
FLEBITIS, MANIFESTACIONES  
DE FRAGILIDAD CAPILAR

★  
HECHO EN MEXICO POR.

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIÈRE, S.A.  
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 31927 S.S.A.

PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1950-1952

Presidente:  
DR. LUIS CARRILLO  
AZCARATE.

Vice-Presidente:  
DR. RAUL ARTURO  
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. MIGUEL LOPEZ  
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:  
DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA.

Tesorero:  
DR. DONATO RAMIREZ.

## VOCAL:

1er. Vocal.  
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.  
Dr. Miguel Lavelle.

3er. Vocal.  
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.  
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.  
Dr. Adán Velarde

CAJA CON 6 SUPOSITORIOS

## BRONCOTONYL SUPOSITORIOS

Reg. No. 37260 S. S. A.

### Fórmula:

Guayacol .....	0.10 g.
Acido Ascórbico .....	0.10 "
Alcanfor .....	0.05 "
(equivalente a 2000 U.I.)	
Manteca de cacao c. b. p. un supositorio .....	3 "
Acido Acetilsalicílico .....	0.10 "

Dosis: La que el médico señale.

Vía de administración: rectal.

— — —  
Este medicamento es de empleo  
delicado.

— — —  
Hecho en México.

**Laboratorios ALBAMEX, S. A.**

Querétaro No. 28. México, D. F.



LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

## NAFTIONIN S. N. S.

Solución Inyectable.

*Fórmula:*

Alfa-naftilamino-4-sulfonato de Sodio. .... 1 g.  
Agua destilada c. b. p. 1 ampolleta de .... 10 cm<sup>3</sup>.

PRESENTACION: Cajas con 2, 4, 20 y 100 ampolletas de 10 cm<sup>3</sup>.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático.

INDICACIONES GENERALES: De aplicación en todos los casos que se desee al tiempo de coagulación.

DOSIS GENERALES: 1 a 2 ampolletas. Seguir inyectando 2 ampolletas cada 12 horas, de acuerdo con el juicio del médico.

Niños: según la edad y el peso.

VIA DE ADMINISTRACION: Por vía intramuscular o endovenosa, o simultáneamente.

Reg. No. 36110 S. S. A. Prop. No. A-143/51.

Representantes

A. RUEFF y CIA.

Lucerna 7.

México, D. F.

## ALEPSAL GENEVRIER

COMPRIMIDOS

*Fórmula.*

Fenil-etil-malonilurea . . . . .	0.10 g.
Polvo de hojas de Belladonna estabilizada . . . . .	0.02 "
Silicato de Magnesio hidratado . . . . .	0.05 "
Para un comprimido.	

PRESENTACION: Tubos con 20 comprimidos.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiespasmódico e Hipnótico.

INDICACIONES GENERALES: Especialmente aconsejado en el tratamiento de la epilepsia. De empleo indicado en algunas jaquecas, estados de angustia y espasmos en general: cardíacos, vasculares e intestinales.

DOSIS GENERALES: 1 por día

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Reg. No. 11813 S.S.A. Prop. No. A-167/51.

"Úsese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia Médica. Su venta requiere receta de facultativo con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia".

Hecho en México por

A. RUEFF y CIA.

Lucerna 7

México, D. F.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS



## Un estuche para el Cirujano

Los mejores escalpelos y empuñaduras del mundo. En un elegante y compacto estuche de material plástico; fácil de usar y cumple las rigurosas normas de higiene y estética en los quirofanos mas modernos. Contiene tres empuñaduras distintas y seis docenas de cuchillas en nueve tamaños, según ilustración.

*Swann-Morton*

DISTRIBUIDORES EN  
MEXICO  
H & R MAY  
MADERO No. 72. México, D. F.

## Señor Doctor:

LA REVISTA MEDICA DE  
CIRUGIA Y CIRUJANOS  
ES LA DE MAS PRES-  
TIGIO EN EL PAIS.

*Suscribase a ella*

Apartado Postal 8701  
MEXICO, D. F.



Fundado en 1775

## Cuanto necesite para su Consultorio

◆

UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,

ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.

A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,

COMO SIEMPRE EN EL

◆

*Nacional Monte de Piedad*

"Tradición y Confianza"



# Ledinac

**AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL**

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC—*

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.

2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el ácido fólico FOLVITE\*, factor anti-anémico.

3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.

4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

#### FORMULA:

Proteína Hepática Digerida . . . . .	54,0%
Maltosa . . . . .	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina) . . . . .	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre . . . . .	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

Acido Pantoténico . . . . .	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6) . . . . .	0,24 mg.
Biotina . . . . .	2,70 gamma
Inositol . . . . .	23,00 mg.
Colina . . . . .	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE . . . . .	1,50 mg.
Calcio . . . . .	106,00 mg.
Fósforo . . . . .	297,00 mg.
Hierro . . . . .	4,80 mg.
Calorías . . . . .	103,8

#### PROPORCIONANDO:

Carbohidrato . . . . .	32,5%
Grasa . . . . .	3,5%
Proteína . . . . .	50,0%

#### CADA 30 CM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1) . . . . .	1,00 mg.
Riboflavina (B2) . . . . .	2,00 mg.
Niacinamida . . . . .	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

Marcas Registradas

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México:

**Laboratorios Lederle, S. A.**

José Ma Rico 418

Tel. 24-60-28 24-73-97

MEXICO, 12 D. F.

# S U M A R I O

- RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA SUB-TOTAL REALIZADA EN  
PACIENTES CON ULCERA GASTRICA O DUODENAL.— Por el  
Académico Dr. Guillermo Alamilla. .... 609
- DOS CASOS DE DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PUBICA, SE-  
GUN LA TECNICA DEL DR. DARIO FERNANDEZ F.—TRABAJO  
DE INGRESO A LA ACADEMIA DEL Dr. José Antonio Guevara.. 618
- EL FACTOR NEUROGENO EN LA PATOGENIA DE LAS PANCREA-  
TITIS AGUDAS.—Por los doctores Orlando F. Longo, Carlos Sosa y  
Ferraris Gallardo ..... 631
- CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR EN ALGUNAS LESIONES DE LA  
VEJIGA OCASIONADAS AL PRACTICAR LA HISTERECTOMIA  
TOTAL.—Por el Académico Dr. Bernardo J. Gastelum ..... 653

Director:

**DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURIZAR**

Gerente:  
M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción,  
DR. JOSE RABAGO

## CIRUCIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.  
Franquicia especial Oficio núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,  
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

### Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.  
Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los  
respectivos autores.

# Hormonas Esteroides



*La más alta calidad al más bajo precio.*

## CORTIRON

(Hormona cortical) Amps. 2, 5 y 10  
mg. de acetato de desoxicorticosterona.

## PROLUTON

(Hormona luteínica) Amps. 2, 5 y 10  
mg. de progesterona.

## PROGYNON

(Hormona folicular) Grageas 1,000 y  
10,000 U.I. de estrona (foliculina).

## PROLUTON C.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de pregnen-  
inolona (Anhidro-oxiprogesterona).

## PROGYNON GOTAS.

Frascos 20 cm<sup>3</sup>, 2 y 15 mg. de alfa-  
estradiol (dihidrofoliculina).

## TESTOVIRON

(Hormona masculina) Amps. 5, 10, 25  
y 50 mg. de propionato de testosterona.

## PROGYNON B OLEOSO

Amps. 3,333, 10,000 y 50,000 U.I. de  
benzoato de alfa-estradiol.

## TESTOVIRON, GOTAS.

Frascos de 10 cm<sup>3</sup>, 20 mg. de testos-  
terona libre.

## TESTOVIRON M.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de metil-tes-  
tosterona.



QUIMICA *Schering* MEXICANA.

Versalles No. 15.

Teléfono 18-13-20

Regs. Nos. 23102, 4167, 23122, 4163, 13913, 23341, 18999, 22907 y  
34955 S. S. A.

Prop. No. A-Ff 398/51 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.



# Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XIX

Diciembre 1951.

NUM. 12.

## Resultados de la Gastrectomia Sub-total Realizada en Pacientes con Úlcera Gástrica o Duodenal \*

Por el Académico Dr. Guillermo Alamilla.

El propósito de presentar a esta docta academia, esta comunicación, es en particular hacer hincapié en que este trabajo no sería factible de realizar, sin la colaboración científica y exacta de un hospital organizado, ya que son fundamentales los datos que constituyen la base para el desarrollo de este tipo de trabajo, los que han sido recogidos de los Departamentos de Archivo y Estadística de los Hospitales Juárez y Español, así como en menor número, correspondientes a los de algunas otras instituciones hospitalarias.

Los resultados de la Gastrectomia Sub-total, en pacientes con úlcera gástrica o duodenal, están supeditados no sólo a la perfección y al progreso de la técnica operatoria, ya que esta clase de cirugía no es posible realizar si no se considerara, además del estudio clínico minucioso de los pacientes, la colaboración conjunta e inteligente del médico internista, el especialista en cardiología, el médico radiólogo y el material humano del laboratorio; capaces de resolver en un momento dado todos los problemas que se presentasen.

Todo lo expuesto invoca un claro y minucioso estudio durante la etapa pre-operatoria, pero es indudable que debe considerarse también la colaboración paralela en el trans-operatorio y en el curso post-operatorio; como el colaborador más importante del cirujano durante el acto quirúrgico, el equipo de anestesiología; sin la colaboración de calidad y responsabilidad por parte de ellos, no favorecería el desarrollo del acto quirúrgico y el éxito deseado.

(\*) Leído en la Sesión del 9 de octubre de 1951.



Es de trascendental importancia el papel que desempeña el equipo de anestesiología, a tal grado determinante su labor, que es el directo responsable del manejo y control de líquidos administrados durante la intervención, que de manera excepcional se presentan cuadros patológicos que con anterioridad se observaba con bastante frecuencia, me refiero en particular al shock. No existiendo causas en el paciente ni factores por parte del cirujano que desencadenen este síndrome, es el anestesiólogo el único que deberá prevenir la presencia de estos fenómenos y paralelamente con la calidad de su anestesia, el de evitar otros problemas además del shock quirúrgico; disminuir hasta el máximo los factores predisponentes que se presenten durante las maniobras quirúrgicas para el desarrollo de los cuadros de flebotrombosis. La labor del equipo de anestesiología no concluye en el momento en que termina el acto quirúrgico, sino que la vigilancia debe continuarse hasta la completa recuperación anestésica del paciente, la posible presencia del shock secundario y, además, el control de las complicaciones que por causa anestésica pueden desarrollarse en el aparato respiratorio (me refiero en particular a los cuadros sobre todo de atelectasia post-operatoria).

En lo que respecta propiamente a la intervención operatoria, es indispensable enfatizar la trascendencia de la colaboración intelectual y manual que todo cirujano, que se considere como tal, debe tener a su alrededor para que su trabajo sea más de conjunto y con mejores resultados, y nuevamente en esta etapa vienen a desempeñar papel de suma importancia, el médico internista y el cardiólogo.

La razón de los resultados que menciono en el desarrollo de esta comunicación, está involucrada en los párrafos anteriores y además en la consulta minuciosa de 312 expedientes clínicos de los Hospitales Juárez y Español, y que corresponden a pacientes a quienes se les efectuó para el tratamiento de su proceso ulceroso, la gastrectomía sub-total. Este estudio estadístico corresponde a cifras de los tres últimos años.

No hago referencias a las generalidades de cuando se debe realizar una gastrectomía sub-total por proceso ulceroso gástrico o duodenal, lo único es precisar que la indicación quirúrgica en todos estos pacientes estuvo fundada en algunos de los aspectos de complicación, de los procesos ulcerosos y que, para su terapéutica, la intervención quirúrgica fué necesarias. Y por lo tanto, nos referimos que fueron intervenidos aquellos

## RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA

pacientes a quienes se había sometido a tratamiento médico de su proceso ulceroso en varias ocasiones y cuyas manifestaciones clínicas actuales señalaban la exteriorización del proceso, haciendo ineficaz toda terapéutica médica; lo mismo en aquellos pacientes en quienes el proceso de cicatrización ulceroso condujo a la estasis o estenosis; o bien enfermos en los que el cuadro anémico por hemorragias repetidas ponía en peligro su vida. La perforación aguda fué otra indicación de terapéutica quirúrgica, por lo que vemos que cada uno de estos 312 pacientes la indicación quirúrgica reúne todas las exigencias clínicas necesarias.

La amplitud de la gastrectomía en todos los casos correspondió a las tres quintas partes del estómago, reuniendo esta amplitud todos los cánones fisiopatológicos y quirúrgicos ya conocidos.

Con el objeto de hacer lo más didáctico posible este análisis estadístico, fué necesario considerar los siguientes aspectos.

A.—Topografía del proceso patológico en lo referente a los diversos segmentos de estómago y duódono.

B.—Edad.

C.—Sexo.

D.—Procesos patológicos de otros órganos y sistemas.

E.—Tipo de intervención.

F.—Intervenciones agregadas.

G.—Resultados inmediatos.

G.—Resultados inmediatos.

H.—Resultados mediatos y tardíos.

I.—La estadística señalada sobre 312 pacientes corresponden a gastrectomías sub-totales, con la siguiente clasificación y la siguiente relación en lo que se refiere a estómago y duódono: Úlcera de estómago 111 pacientes; úlcera de duódono 201 pacientes.

A.—Topografía del proceso patológico en lo referente a los diferentes segmentos de estómago y duódono. (Gráfica No. 1).

1.—Úlceras Gástricas:

De los 111 casos, la distribución corresponde a las generalidades conocidas por las diversas estadísticas de otras naciones. Como se verá, en nuestros pacientes se encontró la siguiente distribución:

DR. GUILLERMO ALAMILLA

- a.—parte media de curvatura menor, 48 casos.
- b.—piloro, vertiente gástrica y antro, 44 casos.
- c.—parte alta de curvatura menor, 16 casos.
- d.—fórnix, 2 casos.
- e.—curvatura mayor, un caso.

De los 201 pacientes con úlcera del duodeno, se hizo la siguiente distribución:

- a.—piloro, vertiente duodenal, 108 casos.
- b.—bulbo, pared posterior anterior y curvatura mayor, 65 casos.
- c.—unión del bulbo con la siguiente porción, 27 casos.
- d.—segunda porción del duodeno, un caso.

B.—Edad. (Gráfica No. 2).

Los pacientes con proceso ulceroso menores de 40 años, fueron 92; los que oscilaron entre 40 y 60 años fueron la mayoría, ya que se reportaron 148 y los pacientes mayores de 60 años, únicamente fueron 72. Por lo que observamos que también esto tiene relación con las estadísticas internacionales, es decir, que los procesos ulcerosos tienden a predominar en sus indicaciones quirúrgicas entre la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida.

C.—SEXO. (Gráfica No. 3).

Sexo masculino, 225 pacientes,

Sexo femenino, 87 pacientes.

Esta relación nos demuestra la razón de los conceptos generales, siendo los procesos ulcerosos, predominantes en el sexo masculino, en una proporción aproximada de cuatro a uno.

La relación del proceso ulceroso duodenal y el gástrico encontrado en nuestros casos, es como sigue: Úlceras gástricas: Hombres 63, mujeres 48. Úlceras duodenales: Hombres 165, mujeres, 36.

Por lo que se observa que es más importante el predominio del proceso ulceroso duodenal en el hombre; en cambio, el ulceroso gástrico es mayor su frecuencia en el sexo masculino pero no tiene tal incidencia de preponderancia que en lo que se refiere al proceso de la úlcera duodenal.

D.—Procesos Patológicos de Otros Organos o Sistemas. (Gráfica No. 4).

## RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA

Es frecuente observar que los pacientes ulcerosos, en particular los que ostentan una edad mayor de 40 años, presentan algún otro proceso patológico abdominal: o bien conforme son de mayor edad, el proceso ulceroso se acompaña de otros padecimientos en otros sistemas; sobre todo en el aparato cardiovascular.

En lo que se refiere al primer aspecto encontramos en este estudio estadístico, que el 8% de los pacientes presentaba litiasis vésicular en una proporción de tres a uno, referente al sexo femenino en relación al masculino. La colecistitis calculosa en el 4%, en la misma relación en cuanto al sexo. De los 312 pacientes, dos presentaban, además de colecistitis calculosa, litiasis de la vía biliar principal (Colédoco).

En el 3% se asociaban los antecedentes apendiculares. En un 10% existía hernia umbilical o epigástrica; los procesos ginecológicos en una proporción de 4%. En parte, las alteraciones sobre aparato cardiovascular fueron de un 12%, con manifestaciones de coronarias (insuficiencia de coronarias). El 13% infarto del miocardio en evolución y con arterioesclerosis en un 14%.

### F.—Tipo de Intervención.

Por lo que se refiere a la técnica de la intervención, los reportes de las hojas quirúrgicas señalan que en la mayoría de los pacientes se siguió técnica y que en pocos, por conceptos que se analizarán en detalle, sufrieron modificaciones. Sin embargo, predominó la gastrectomía subtotal tipo Hoffmister, incluyendo la resección gástrica las tres quintas partes aproximadamente, del estómago.

La conducta quirúrgica seguida en estos 312 pacientes fué gastrectomía sub-total con la siguiente relación:

Catorce pacientes con proceso ulceroso del canal pilórico sobre la vertiente gástrica y en quienes previamente se había realizado de manera minuciosa, su estudio clínico, presentarme en el curso de su evolución patológica, perforación aguda del proceso ulceroso y quienes fueron sometidos a la intervención quirúrgica dentro del término de ocho horas a partir del proceso agudo de complicación. Realizándose gastrectomía subtotal y gastroyeyuno-anastomosis de asa larga, siguiendo la técnica de Hoffmister.

En 192 pacientes, incluyendo 79 úlceras gástricas y 113 duodenales, se realizó la técnica de Hoffmister, asa larga pre-cólica e isoperistáltica.

En 46 pacientes, incluyendo 7 con úlcera gástrica y 36 con úlcera duodenal, se efectuó la técnica de Polya con asa larga anterior. En 51 pacientes, correspondiendo 11 a úlcera gástrica y 40 a úlcera duodenal, se efectuó la técnica de Billroth II. En dos pacientes con úlcera duodenal de la vertiente pilórica, se practicó gastrectomía sub-total y gastroduodeanastomosis. En diez pacientes se siguió la técnica de Finister, es decir, gastrectomía sub-total con exclusión del proceso ulceroso. En catorce pacientes se realizó gastrectomía sub-total y vaguectomía; de éstos, seis casos eran de úlcera gástrica del píloro, y ocho en casos de úlcera duodenal.

La conducta seguida en el cierre del muñón duodenal fué como sigue:

- 22 duódenos se cerraron con técnica abierta.
- 38 duodenos se cerraron con pinza de Von Petz.
- 82 duodenos se cerraron con clamp de Furnis.
- 12 duodenos se cerraron con técnica de clamp simple.
- 156 duodenos se cerraron siguiendo la técnica de clamp de Pyers con plano penetrante seromuscular aponeurótico.

Dos duodenos se comunicaron directamente con el estómago, siguiendo la técnica cerrada.

La conducta seguida al efectuar la gastro-yeyuno-anastomosis, fué como sigue:

De asa corta posterior, 83, con técnica cerrada.

De asa larga anterior, 227, con técnica abierta.

En el plano seromuscular se emplearon elementos de sutura no absorbible, seda o hilo de algodón en 225 pacientes; en el resto se usó hilo de cátgut.

Por los hechos señalados anteriormente se observa que la conducta seguida en la mayor parte de los pacientes, es semejante a la que se describe en el documental filmico que completa esta comunicación, por lo que el esfuerzo de enseñanza y de mejoría en las técnicas, vemos que tiende a uniformarse.

(Gráfica No. 5).

El porcentaje de intervenciones además de la gastrectomía sub-total realizada en estos 312 pacientes, dentro de los órganos contenidos en el interior del abdomen o de sus paredes, fué de un 27% en la forma siguiente:

## RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA

Gastrectomía sub-total más colecistectomía	31 casos
Gastrectomía sub-total más apendicectomía	22 casos
Gastrectomía sub-total más colecistectomía y coledocostomía con sonda en T de Kher	2 casos
Gastrectomía sub-total más hernioplastia.	28 casos

La realización de estas últimas intervenciones estuvo siempre supe-  
litada a la situación del paciente al terminar el problema de la gastrec-  
tomía, y valorizada por el cirujano y anestesiólogo, además de los datos  
generales que el estudio clínico pre-operatorio reportara.

Con todas las observaciones hechas anteriormente, es posible, en  
forma más exacta, llegar a los resultados, los cuales se consideran en dos  
aspectos:

Resultados Inmediatos, Mediatos y Alejados, ya que estos últimos  
fueron posibles de controlar.

Los 312 pacientes intervenidos se recuperaron del acto quirúrgico  
311, sólo uno falleció en la mesa de operaciones debido a paro cardíaco  
cuando se terminaba la gastroyeyunoanastomosis y originado por causa  
anestésica.

De los 311 fallecieron antes de las 72 horas, dos pacientes, uno por  
hemorragia del tubo intestinal y otro por infarto del miocardio.

De los 309 restantes, 11 fallecieron antes del séptimo día.

### Causas de Defunción:

Peritonitis.	3
Dehiscencia del muñón duodenal.	3
Infarto del miocardio.	1
Embolia pulmonar.	1
Neumonía lobar.	1
Trombosis mesentérica.	1
Glomerulitis difusa.	1

Estos datos son extraordinariamente interesantes, ya que correspon-  
den a un índice muy satisfactorio.

Mortalidad durante el trans-operatorio 0.35%.

Mortalidad durante la primera semana después de la intervención



4.15% comparable en sus más mínimos detalles a las estadísticas mejores de otros países.

En resumen diremos: 13 pacientes fallecieron dentro de la primera semana, y como causas determinantes quirúrgicas sólo se encontraron 6, es decir, mortalidad de: 2.8%; los otros factores de muerte fueron debidos a distintos procesos patológicos propios de los pacientes y no determinados directamente por la cirugía.

(Gráfica No. 7).

H.—Resultados Tardíos:	
Pacientes libres de síntomas.	220
Mejorados.	32
Úlcera péptica.	8
Mal funcionamiento de boca anastomótica.	18
Pacientes con otro proceso patológico.	20
	— — —
	298

De este total de 298, cuatro pacientes han fallecido en el curso de estos tres años, por causas ajenas al proceso del cual fueron tratados.

Dentro del grupo de complicaciones severas en estos pacientes, pero que a pesar de su gravedad no condujeron a la muerte, he de señalar las siguientes:

a.—Atelectasia pulmonar.	3 pacientes.
b.—Absceso sub-frénico.	1 "
c.—Edema de boca anastomótica.	1 "
d.—Hemorragia debida a la gastro-yeyunoanastomosis.	8 "
e.—Paresia de estómago.	2 "
f.—Infarto de Miocardio.	2 "
g.—Flebotrombosis.	2 "
h.—Paresia Vesical.	6 "

El cuadro de atelectasia fué posible de resolver mediante el empleo habitual en estos casos: Traqueobroncoaspiración, inhalación de bióxido de carbono; antibióticos y expectorantes tipo cloruro de amonio.



#### RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA

El paciente con absceso sub-frénico cuyo sitio era por abajo de la cara inferior del lóbulo izquierdo hepático, regresó mediante el empleo de antibióticos, y como hecho interesante de referir, se presentó en uno de los enfermos en cuyo cierre de dudeno se siguió la técnica abierta.

El paciente con edema de la boca anastomótica, se estableció espontáneamente la permeabilidad de dicha anastomosis al noveno día de la intervención mediante el uso de aspiración gástrica continua y alimentación parenteral.

Los pacientes con paresia de estómago correspondieron todos ellos a los que a la gastrectomía sub-total se asoció la vaguectomía, salvo uno de ellos en que no se asoció esta terapéutica, ambos cedieron con tratamiento a base de ucolina.

En los enfermos en los cuales se presentó hemorragia en el post-operatorio inmediato, fué en aquellos en los que se siguieron para la técnica de la gastrectomía técnicas de las llamadas asépticas y en los que la hemorragia puede explicarse por la falta del plan mucoso.

Los dos casos de enfermos con infarto del miocardio, después de un cuadro más o menos severo, se recuperaron.

Los pacientes con flebotrombosis mediante el empleo de anticoagulantes, no produjeron ninguna manifestación a distancia.

En los pacientes con paresia vesical, no se presentó ningún problema.

## Dos Casos de Desarticulación Inter-iliosacro-pública, Segun la Técnica del Dr. Darío Fernández F.

Trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía, que presenta el Dr. José Antonio Guevara Fernández, Sesión del 2 de octubre de 1951.

*A la memoria del Maestro Darío Fernández Fierro.*

He escogido este tema para mi trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía, por dos motivos.

El **primero** es rendir homenaje a un ilustre desaparecido, maestro de muchas generaciones de médicos, enorme y polifacético cirujano, dominador de técnicas, creador de muchas y a quienes algunos de nosotros debemos la dedicación a la cirugía. Su obra ha quedado escrita en las aulas de esta Escuela de Medicina y en las salas del pabellón 15 del Hospital General; a él acudieron los médicos ansiosos de aprender y perfeccionarse y aquellos que lo comprendieron, sacaron grandes y sólidas enseñanzas. Con él se formaron cirujanos, unos grandes, otros modestos, pero todos por igual, guardan en su íntimo el recuerdo del Maestro Darío Fernández.

Su desarticulación inter-ilio-sacro-pública, fue resultado de largos estudios y meditaciones; de muchas mañanas domingueras pasadas ante el cadáver; de muchas noches de vigilia transcurridas antes de decidirse a realizarla en el vivo.

Nada más justo que quien se considera de su escuela, presente a esta Academia, un trabajo sobre su técnica de desarticulación, ilustrado con una película a colores, en la cual no verán ustedes la técnica depurada del Maestro, pero sí el esfuerzo del discípulo.

El otro motivo es presentar a la Academia Mexicana de Cirugía, un trabajo que aún no siendo original mío, es novedoso, por las contadas ocasiones que un cirujano hace o ve hacer esta intervención.

## DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PÚBICA

La desarticulación inter-ilio-sacro-púbica, es la mayor mutilación que puede ser hecha a un ser humano.

Consiste en amputar todo el miembro inferior junto con el hueso iliaco, que necesita ser separado del sacro y del iliaco opuesto.

No falta quien la haya juzgado como inútil y demasiado peligrosa y que la mutilación deja reducido al enfermo prácticamente a la mitad constituyendo una descuartización como la llaman los norteamericanos, pero ¿no tiene sus indicaciones? ¿no tiene escollos y tiempos difíciles para el cirujano? ¿no tiene, además, éxito?

Yo creo que tiene todo esto y pido de la docta consideración de ustedes, una crítica severa, pero que tengo la seguridad que será justa.

### SINONIMIA.

Desarticulación inter-ilio-sacro-púbica. Dario Fernández F.

Desarticulación inter-ilio-abdominal Jaboulay.

Desarticulación sacro-iliaca. Amputación inter-pelvi-abdominal. Amputación inter-innomino-abdominal. Hemipelvectomy. Autores norteamericanos.

### INDICACIONES.

Tumores principalmente malignos del muslo, sea de las partes blandas o del hueso; sobre todo en aquellos en que por su situación demasiado alta, no sea posible hacer desarticulación de cadera; los tumores que han invadido los músculos del muslo que se insertan en la pelvis, o invaden ésta, son mejor removidos. Tumores malignos del iliaco.

### CONTRAINDICACIONES

Metástasis pulmonares o a otros sitios. Condición precaria de los pacientes.

### CUIDADOS PRE-OPERATORIOS.

Estudio clínico y de laboratorio minucioso. Indispensable la exploración radiológica pulmonar para eliminar metástasis. Biopsia para conocer la naturaleza histológica del tumor. Preparación adecuada del paciente, de acuerdo con los resultados de los distintos exámenes, etc.

### ANESTESIA.

En los dos casos que presento, se usó raquianalgia. Se prefirió

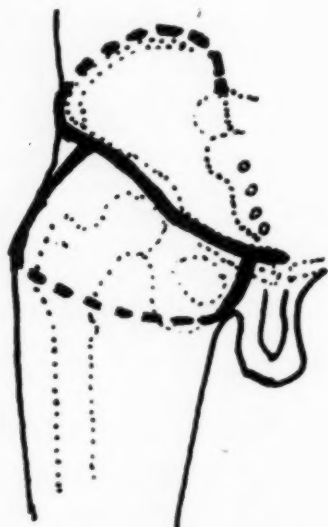
DR. JOSÉ ANTONIO GUEVARA FERNÁNDEZ

por tratarse de adultos, en suficientes condiciones físicas y funcionales de resistencia. Oberlin prefiere anestesia general dando como razón, el carácter tan mutilador de la prueba a que se somete al paciente, lo que indudablemente altera su ánimo.

En los dos operados no se tuvo que lamentar nada. Al primero hubo necesidad de administrarle éter oxígeno al final de la intervención, que duró dos horas veinte minutos. En el segundo, la raquianalgia bastó, ya que sólo se empleó hora y media en su operación.

#### TECNICA.

Resumo la técnica ideada por el Maestro Fernández, que efectuó con éxito por vez primera, el 11 de junio de 1936, a la enferma Josefina Morales, internada en el pabellón 15 del Hospital General, técnica que aparece publicada en su "Testamento quirúrgico".

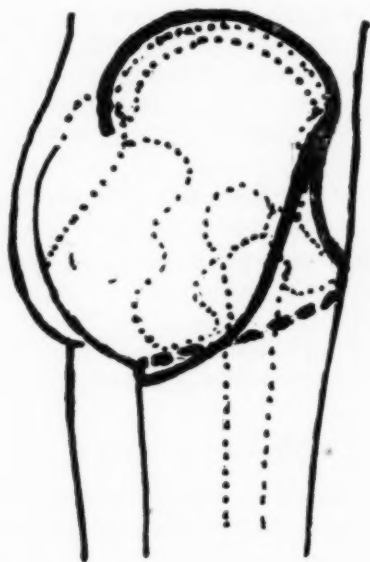


*Fernández*

1.—Incisión de Darío Fernández F.  
Vista de frente.

#### DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PÚBICA

Incisiones: La primera, parte de un punto situado dos centímetros por encima de la sínfisis pubiana; corre paralela al arco crural y a la cresta iliaca, hasta la espina pósterior superior. La segunda va de la espina iliaca ántero superior hacia el gran trocánter, sigue los pliegues glúteo y génito crural y termina en el punto de partida. Esta segunda incisión no se hace enseguida de la primera, sino posteriormente.



*Fernández*

2.—Incisión de Darío Fernández F.  
Vista lateral.

La primera incisión divide las partes blandas hasta llegar al tejido celular subperitoneal; al hacer esto se cortarán la epigástrica y algunas ramas de la circunfleja iliaca, que serán ligadas. Se procede a despegar el peritoneo de toda la fosa iliaca, descubriendo los vasos ilíacos; hay que tener cuidado en proteger el cordón espermático en el hombre y el

ligamento redondo en la mujer. Se seccionan los nervios fémoro cutáneo, génito crural y obturador. La arteria iliaca primitiva es ligada temporalmente. Ligadura de la iliaca externa y de la obturatriz. Aislamiento y sección del psoas. Se continúa enseguida el despegamiento del peritoneo para descubrir perfectamente la sínfisis púbica y se protege con compresas y separador, la vejiga, uretero y paquete intestinal. Se secciona el nervio crural, previa inyección de novocaína.

Se pasa a trazar el colgajo posterior, haciendo la segunda incisión como se indicó arriba y después de cortar la piel y tejido celular se hace la sección de los músculos glúteos y el piramidal, desinsertándolos de la fosa iliaca externa. Se ven y ligan los vasos glúteos e isquiáticos y en el borde de la escotadura ciática mayor, se corta el nervio ciático, previa inyección de novocaína.

Sección de la sínfisis del pubis y separación muy cuidadosa del cuerpo cavernoso. Localización y sección de la sínfisis sacro iliaca.

Ya sólo falta seccionar las partes blandas restantes que retienen el miembro inferior y que son el elevador del ano, el isquiococcígeo y los ligamentos sacro ciáticos.

Se hace la reconstrucción suturando el enorme colgajo muscular con los músculos de la pared abdominal y finalmente la piel, dejando tubos de canalización.

### HISTORIAS CLINICAS.

Núm. 1.—Valente Valdivia, casado, de 65 años, herrero, originario de León, Gto. Ingresó al pebellón 19 del Hospital General, el día 18 de septiembre de 1950.

Antecedentes hereditarios y familiares, sin importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—Alimentación regular en calidad y cantidad; tabaquismo moderado.

Antecedentes personales patológicos.—Enfermedades propias de la infancia. Tuberculosis y venéreas negativas.

Padecimiento actual.—Hace cuatro años comenzó a notar una sensación ardorosa en la región plantar izquierda, que fue ascendiendo hacia la pierna y después al muslo, así como que apareció una pequeña tumoración en la región inguino crural; tal cuadro evolucionó sin otros síntomas concomitantes. Así permaneció dos años, al cabo de los cuales notó hinchazón en todo el miembro inferior izquierdo y que además la

#### DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PÚBICA

pequeña tumoración crecía hasta alcanzar el tamaño de un huevo de gallina; sentía también el miembro izquierdo más caliente que el derecho. Hace seis meses el edema comenzó a aumentar, así como el tamaño de la tumoración que rápidamente invadió todo el muslo; la sensación ardorosa fue sustituida por adormecimiento y el color de la piel cambió a un tono violáceo. La evolución siempre fue apirética.

Aparatos y sistemas, normales.

Síntomas generales.—Adelgazamiento marcado y progresivo.

Exploración física.—Individuo como de 60 años de edad aparente, pálido, estatura mediana, adelgazado y sin facies característica. Cabeza y cuello, normales. El tórax es asimétrico, debido a saliente hacia atrás del hemitórax izquierdo; exploración pulmonar y cardiovascular, normal. Abdomen, normal. Los miembros superiores y el inferior derecho, son normales. Tensión arterial, Mx 124; Mn 70.

El miembro inferior izquierdo se encuentra muy aumentado de volumen, sobre todo el muslo, cuya cara anterior es de superficie irregular, color rojo oscuro, con red venosa superficial; la consistencia es dura y abollada, notándose masas más o menos esféricas unidas entre sí. La pierna y el pie están edematosos y su coloración es violácea. Se aprecia bien el latido de la arteria pedia. La radiografía revela sano el fémur. La radiografía del tórax no indica lesiones pulmonares. Reacciones luéticas, negativas. Análisis de orina, normal. Biometría hemática: glóbulos rojos 5.560.000; leucocitos 6.400; linfocitos 22; monocitos 6; neutrófilos 68; eosinófilos 0 y basófilos 0. Imagen de Schilling: neutrófilos segmentados 68. Química sanguínea: urea 30 mgms.; glucosa 108 mgms. Tiempo de coagulación 6 minutos 35 segundos; tiempo de sangrado 4 minutos. Eliminación de la sulfofenoltaleína 72 % con 325 c. c. de orina.

Biopsia por punción: Fibrosarcoma. z

Se le indicó al enfermo que era necesario hacer una amputación total del miembro afectado, y previo su consentimiento y advertidos los familiares de los serios peligros de la intervención, se hizo ésta el día 26 de octubre de 1950. Durante la operación y las 48 horas siguientes, se le pasaron 2,100 c.c. de sangre y gran cantidad de fluidos. La cicatrización fue feliz y sólo en algunos puntos pequeños, por segunda intención. El paciente fue dado de alta el 24 de abril del presente.

(Fotografías, radiografías, película).



DR. JOSÉ ANTONIO GUEVARA FERNÁNDEZ

Núm. 2.—Pantaleón Martínez, de 37 años de edad, casado, campesino, originario de Palomas, Qro. Ingresó al pabellón 15 del Hospital General, ocupando la cama 40.

Antecedentes hereditarios y familiares.—Sus padres fueron sanos y murieron en edad avanzada, no pudiendo el paciente, precisar la causa.

Antecedentes personales no patológicos.—Alimentación deficiente



3.—Enfermo Valente Valdavia.

en calidad y cantidad; habitación sin condiciones higiénicas; acostumbra fumar una cajetilla de cigarros al día; alcoholismo ocasional.

Antecedentes personales patológicos.—No sabe de enfermedades que haya padecido en la infancia. No hay antecedentes de tuberculosis ni de enfermedades venéreas.

Padecimiento actual—En junio de 1950, comenzó a notar una pequeña tumoración en la parte superior de la cara anterior del muslo izquierdo, mas o menos en la unión del tercio medio con el superior y que

#### DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PÚBICA

era ligeramente dolorosa. Poco a poco fue aumentando de volumen, sin ser por esto más dolorosa; la consistencia era dura y llegó a tener el tamaño de una manzana, dimensiones que tiene en la actualidad. La tumoración no le afecta en los movimientos. A principios de noviembre le hicieron una intervención quirúrgica para tomarle un fragmento, cuyo análisis no conoció. La herida no ha cicatrizado y por el contrario se ha hecho anfractuosa y proliferante.



4.—Enfermo Valente Valdavia.

Ninguna alteración digna de consignarse, en otros aparatos. Síntomas generales.—Ultimamente ha notado enflaquecimiento.

Exploración física.—Inspección general.—Individuo de raza indígena, bien conformado, actitudes libremente escogidas, sin aparentar sufrimiento; al caminar se nota ligera claudicación del lado izquierdo.

Cabeza.—Nada en particular. Reflejos pupilares normales. Tórax.—

Aparto respiratorio; normal. Corazón: ruidos normales. Abdomen.—Normal.

Extremidades superiores.—Normales. Pulso con frecuencia de 74 por minuto, amplio, y rítmico. Tensión arterial Mx 120; Mn 70.

Extremidades inferiores.—La derecha normal. En la izquierda el muslo se encuentra aumentado de volumen y en el tercio superior de la cara anterior se ve una tumefacción como media naranja, superficie cruenta, vegetante, como "coliflor" y que al contacto sangra fácilmente. A la palpación se aprecian mejor los límites de la tumoración que llega hasta el arco crural. Por encima de esta tumoración se aprecia otra pequeña, que identificamos con ganglio infartado.

Estudio radiológico.—Las placas de muslo, revelan integridad del fémur. Las de tórax demuestran campos pulmonares normales.

Examen histopatológico de un fragmento de la tumoración: Sarcoma neurogénico.

Urea sanguínea 28 miligramos; prueba de la sulfofenoltaleína: elimina el 60 % del colorante a las dos horas; tiempo de coagulación 10 minutos; tiempo de sangrado 4 minutos. Reacciones luéticas negativas. Prueba de función hepática ligeramente insuficiente. Orina nada de particular. Biometría hemática: eritrocitos 5,150,000, hemoglobina 12.6 gramos; leucocitos 7,200. (linfocitos 20; monocitos 6; neutrófilos 72 y basófilos 2 %). Imagen de la serie neutrófila: mielocitos 0; juveniles 0; en banda 1 y segmentados 71. Algunas otras pruebas y dosificaciones que se pidieron, no fueron contestadas.

El 11 de enero del presente, se le hizo al enfermo la desarticulación inter-lío-sacro-púbica. El acto operatorio duró una hora treinta minutos y no se presentó durante ella ni en el post-operatorio ningún accidente. Solamente en la parte posterior del colgajo, la cicatrización no se logró por primera sino por segunda intención, debido a esfacelo de los bordes de la piel.

Se mandaron fragmentos de la tumoración a dos patólogos. El señor doctor Villaseñor contestó como en el examen pre-operatorio: Sarcoma neurogénico. El señor doctor Tachiquín: Sarcoma fibroblástico.

El enfermo fue dado de alta el 24 de abril, al parecer en buenas condiciones, como se podrá apreciar en la fotografía. Antes le fue tomada otra radiografía de tórax, que muestra campos pulmonares normales.

DESARTICULACION INTER-ILIOSACRO-PÚBICA



5.—Enfermo Valente Valdavia, ya amputado.



6.—Enfermo Pantaleón Martínez, ya amputado.

DR. JOSÉ ANTONIO GUEVARA FERNÁNDEZ

### CONSIDERACIONES

- 1.—Se describe e ilustra la técnica del doctor Dario Fernández Fierro para desarticular miembro inferior, comprendiendo el hueso iliaco.
- 2.—Se presentan dos casos de pacientes con tumores avanzados del muslo, a quienes se les operó siguiendo dicha técnica.
- 3.—Los dos pacientes viven aparentemente sanos a los seis y cuatro meses respectivamente, después de la intervención.



7.—Radiografía de pelvis que muestra al ausencia del ilíaco izquierdo.

Este humilde trabajo pudo ser llevado a cabo, gracias a la entusiasta cooperación de las siguientes personas, a quienes por estas líneas quiero expresar mi mas profundo agradecimiento. Son ellas, el señor doctor Teófilo Couturier, mi grande y buen amigo, que una vez más me demostró su afecto, acompañándome tanto en las intervenciones de los dos enfermos, como en las prácticas cadavéricas y gracias a él, puedo proyectar la película. Los señores doctores Roberto Haddad y Ricardo Cruces, que con gran pericia ayudaron en las operaciones. El futuro médico, señor Armando Nasta, que donó su sangre al primer paciente. El personal de los pabellones 19 y 15 y del Anfiteatro Central del Hospital General y el señor don Manuel Ángel Fernández, que bondadosamente y con gran desinterés, filmó y editó la película, tolerando pacientemente mis exigencias.

A todos ellos, una vez más, muchas gracias.

COMENTARIO

Por el Dr. Pablo Mendizabal.

La gratitud, es el espíritu del bien  
que se recibe, si este se acaba,  
aquel perdura.

Cirujano de amplia labor, callada y creciente, que medita con tranquilidad la advertencia quirúrgica, y que lleva a cabo con juicio sus técnicas operatorias, tal es José Antonio Guevara, de quien en esta sesión hemos escuchado, su trabajo de ingreso: Dos casos de Desarticulación Inter-Ilio-Sacro-Pública, según la técnica del extinto académico, Dr. Dario Fernández F. **a quien recuerda.**

Enuncia, Guevara Fernández, el acto quirúrgico, con el nombre mejor de su defectuosa y no escasa nomenclatura. Apenas si el empleo de la preposición "inter", resulta innecesario, ya que, con el vocablo desarticulación, se connota el sitio.

En las demás designaciones, las palabras no corresponden al pensamiento, ni el pensamiento a la acción.

Los propósitos de la intervención, se advierten en sus límites nosológicos y anatomotopográficos, pero, notorio es, que dada la malignidad de los padecimientos para los que se señala, y, en una casuística de guarismos mayores, con tiempo de observación aceptable, el resultado terapéutico se vería seguramente afectado.

Aun cuando esta operación, no produce la máxima invalidez física, es, sin duda alguna, el cercenamiento quirúrgico más amplio, que singularmente pueda realizarse en el cuerpo humano.

En esta operación, como en otras, Dario Fernández puso a prueba su capacidad técnica, en un empeño audaz, para ver, hasta dónde el organismo, puede tolerar la agresión quirúrgica.

Cirujano general, de meticulosos procedimientos, con verdadero y entrañable amor a nuestro arte, gran estudioso y de claras aptitudes docentes, en una palabra, maestro, natural fué que lo siguieran numerosos discípulos; y así, ahora, el Dr. José Antonio Guevara, lo recuerda y muestra, en impresionante exposición, los merecimientos, para que, con ánimo propicio, experimentemos la satisfacción de verlo ocupar un sillón entre nosotros.

La operación que exhibe, Guevara Fernández, hace un detrimento necesariamente amplio, pero, anatómica y fisiotécnicamente bien conducido: no en vano, el maestro Fernández era un profundo anatomista y fisopatólogo ilustrado.

En la sección de los tejidos, desde su incisión, sigue los caminos que impone el acceso natural y menos cruento, hacia la sínfisis sacroiliaca y la pública. Así tolera más el organismo, la supresión brusca, de una parte tan amplia de su estructura.

Este tipo no constructivo, de operaciones de gran traumatismo, hace acudir a la mente, otras, que aunque estrictamente quirúrgicas, son igualmente negativas: como la resección amplia de cerebro; la laringo-traqueiectomía; la holoemasculación; la erradica-

DR. JOSÉ ANTONIO GUEVARA FERNÁNDEZ

ción genital extra y endopélvica; la gastrectomía total; la amputación escápulo braquial, y no pocas más, de imponente agresión contranatura, cuyo ejercicio significa, invalideces graves, supresión de órganos, en los que, la cirugía, como arte, se derrumba, y como ciencia sólo deja el triste aleteo de una vida que palpita en deplorable desventaja; y es, que esta cirugía, pertenece a los confines muy remotos, fuera del maravilloso campo de la magia quirúrgica del hombre bajo la inspiración divina. Quita no da, no crea ni conforta, ni arregla, sino cercena. En vez de luz mirífica que ilumine la *senda* perdida, sólo produce un crepúsculo gris, de desoladora conformidad.

Salva la vida del hombre, pero es incapaz de hacerlo vivir; mas con todo, es cirugía al fin.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (REP.  
ARGENTINA)

CATEDRA DE CLINICA QUIRRURGICA. PROF. PABLO L.  
MIRIZZI

## El Factor Neurógeno en la Patogenia de las Pancreatitis Agudas

Por los Dres.

*Orlando F. Longo*  
Profesor Adjunto de Clinica  
Quirúrgica

*Carlos Sosa Gallardo*  
Jefe de Cirugia  
Experimental

Profesor de Histología *Alfredo Ferraris*

Pueden considerarse las pancreatitis agudas, como una afección cuya etiología, aún se discute. El desconcierto reinante en el campo de la patogenia, aumenta día a día, al conferir los autores que se han ocupado especialmente del tema, la preponderancia de una teoría sobre la otra y que en muchas ocasiones, no se ajusta en un todo a la realidad observada en la patología humana. Por otra parte, el valorar excesivamente un factor efectivo se menoscaban fenómenos imputables a la esfera neurovegetativa y que sólo pueden justipreciar en el vivo.

Nos apresuramos a declarar que los hechos clinicos y experimentales, nos permiten sugerir que el mecanismo etiopatogénico, no puede ser el mismo en todos los casos. En efecto, en nuestros enfermos, en número de 27, hemos logrado estudiar 16 de ellos. De éste grupo fué posible atribuir al reflujo biliar como causa determinante del proceso en 5 casos o sea en el 33.5% aproximadamente; en los restantes, este factor etiológico no fué pesquizado, después de un minucioso estudio clínico, radiológicos y operatorios.

Por eso, ha podido decir muy bien Stocker de que "existe un número suficiente de necrosis pancreáticas espontáneas, en las que no cabe como explicación un sufrimiento orgánico de las vías biliares y debemos aceptar que existen otras causas de esta súbita enfermedad del páncreas, de naturaleza difícilmente comprensible".

Aceptamos, por ende, que en un poco más de la mitad de los casos, la formación de una comunicación biliopancreático es de imponderable valor en la producción de las crisis de pancreatitis. Recordemos, sin embargo, que pueden hacerse algunas objeciones a esta teoría: en primer lugar, el obstáculo litógeno es excepcional y los trastornos funcionales reflejos, sólo se encuentran en el 40% y viceversa, la colangiografía operatoria, permite demostrar cálculos en la papila y distonias biliares, sin que el enfermo acuse ningún daño pancreático así como tampoco, se han observado pancreatitis en los enfermos portadores de neo de la ampolla o de la cabeza del páncreas. Por otra parte durante la digestión, momento en que aparece el ataque agudo, la presión de secreción del jugo pancreático es mayor que la biliar y tampoco el reflujo será posible en los casos en los cuales la necropsia revela que el colédoco y el Wirsung desembocan separados.

Finalmente, se ha probado por la experimentación, que tanto "in vivo" como "in vitro" la bilis por sí sola, no activa el jugo pancreático: (Tejerina Fotheringham Rosario R. A.).

Agotada así las posibilidades, de encuadrar en la teoría canalicular, todos los casos de pancreopatías agudas, resta explicar, el papel preponderante que ejercen los trastornos en la esfera del neurovegetativo, dejando de lado el estudio de una concepción patogénica, que en los últimos años ha sido seriamente considerada: la anafiláctica o alérgica.

Hace tiempo Stocker y Von Linhard, aceptaron la desarmonía vago-simpática o discinecia, como factor determinante de las pancreatitis agudas, destacando su estrecha vinculación a perturbaciones del sistema endócrino. Se presenta como primer hecho "una neurosis de la motilidad de las vías biliares" que, corresponde al cuadro de la irritación grosera del neumogástrico en el animal de experimentación. La disquinesia biliar prepara el terreno y sólo se necesita una noxa desencadenante.

La alteración funcional cambia el tono del equilibrio del sistema extra-hepático con cierre de la papila por relajamiento de la porción duode-

nal del colédoco y del Wirsung, estasis y paso de la bilis hacia el páncreas. Siendo suficiente, en éstas circunstancias, una irritación aumentada del sistema de conducción para que lleve finalmente a la catástrofe.

Otros autores, han aceptado la participación efectiva del neumogástrico, y Boshamer, observó el cuadro de necrosis pancreática, en una enferma con infarto de miocardio, con controles biológicos positivos, explicando el aumento de la diastasas sanguíneas por irritación vagal, al contener este nervio fibras secretorias del páncreas e inhibidoras del Oddi, produciendo su irritación estasis con aumento de secreción.

En el terreno experimental, varios investigadores han valorado esta probable participación del neumogástrico. Recientemente, Mallet-Guy y colaboradores estiman que la excitación del neumogástrico en el cobayo produce edema fugaz y discreto, el que desaparece sin dejar rastros, fenómeno que parece vinculado a la función éxcito-secretoria del nervio. Cuando a la irritación del neumogástrico se acopla la ligadura de los conductos excretores, la pancreatitis aguda, es el corolario de las experiencias realizadas por Florey. Por su parte; Linun y Maddock efectuando experiencias análogas en el gato aseveran obtener resultados similares. Estos autores proceden de la siguiente forma: utilizan dos lotes de animales, uno con ligadura del conducto excretor y el otro simplemente los identifica, pero sin ocluirlo. En éstas condicoines proceden a estimular la secreción pancreática por medios farmacológicos o alimenticios. La necropsia se realizó a las 48 horas obteniéndose un trozo de páncreas de la cola, para evitar la zona de inflamación traumática por la intervención quirúrgica. Comprobaron que, cuando los especímenes estaban en ayunas y con ligaduras del conducto excretor, el páncreas no mostraba ninguna alteración, siendo también negativos los resultados cuando los conductos no fueron ligados aunque se inyecte policarpina, secretina, eserina, acetilcolina, etc. En cambio, cuando la ligadura fué seguida por un estímulo fisiológico, fueron advertidas necrosis grasas groseras. La histología demostró lesiones que van del edema, congestión, hemorragia, destrucción de las acini con subsiguiente disolución e invasión por células inflamatorias. En algunos cortes, ha sido posible pesquisar alteraciones vasculares, idénticas a las descritas por Rich y Duff, concluyendo que las pancreatitis agudas es debido a una obstrucción del Wirsung con activación de la secreción del páncreas.

Por otra parte, un número más numeroso de investigadores, aceptan la intervención activa de los espláncnicos, representantes en la cavidad abdominal del ortosimpático, en el mecanismo etiopatogénico de ésta enfermedad. Aportan a tal fin, documentos experimentales de innegable valor. Así mismo, la patología humana confirma la participación de esta parte del sistema neurovegetativo, como se testimonia con la prueba terapéutica. En efecto, la infiltración paravertebral aconsejada por Popper, o la anestesia esplácnica según la técnica de Albanesse, el bloqueo prolongado de López Esnaurizar, o bien la novocaína endovenosa aconsejada por nosotros frena toda actividad exagerada del simpático abdominal, detienen la evolución de la enfermedad y contribuyen al rápido restablecimiento del paciente.

Ahora bien, entre estos autores no hay conformidad, respecto al mecanismo íntimo de acción de los espláncnicos. La mayoría admite que estos nervios conducirían estímulos que condicionan *vasoespasmos* acentuados que determinan trastornos de la irrigación pancreática con isquemias y anoxia celular. Esto produce una "minus valía" de la célula pancreática y perturbaciones de su secreción, las que conducen a las lesiones patológicas de las pancreatitis. Otros los menos, atribuyen a irritaciones patológicas de las fibras sensitivas, que discurren por los espláncnicos, el fundamento de las alteraciones vasculares y celulares de esta enfermedad.

Consideramos brevemente las opiniones sustentadas por ambos grupos de investigadores:

A) Para Marcus, la isquemia por espasmo vascular es la base de la necrosis celular y la autodigestión por activación de la tripsina sería un fenómeno secundario, agregando que es indispensable, que la glándula se encuentre funcionalmente activada —digestión— o traumatizada. Blume obtuvo pancreatitis experimentales, disminuyendo temporalmente el abastecimiento sanguíneo del páncreas, por compresión digital, (isquemia de 10 minutos). Describe pequeños focos de necrosis y estima que la circulación de retorno no es capaz de salvar las células glandulares alteradas por interrupción de oxígeno, de forma que los fermentos se activan e inician la autodigestión. Posteriormente a éstas observaciones, Lewit; Benke; Wuff; han referido pancreatitis por isquemia local. Estella, por su parte, observó dos casos de necrosis aguda pancreática a las dos horas y media de efectuar una anestesia raquídea utilizando una mezcla con

adrenalina. El autor interpreta éste cuadro como imputable a un trastorno de orden circulatorio, por estimulación farmacológica de las fibras pre-ganglionares de las vías vasomotoras pancreáticas. Igualmente apoya el mecanismo neurógeno reflejo. Bernhardt, quien supone que la isquemia local es el corolario de una anormal excitación del sistema vascular.

Entre los estudios más recientes merecen considerarse ampliamente las investigaciones de dos prestigiosas escuelas: una la de Popper y colaboradores en Estados Unidos y otra la de Mallet-Guy en Francia.

Popper, Necheles, y Russell, demuestran en el laboratorio que el edema puede provocarse, cuando ligado el Wirsung, se estimula la secreción pancreática con secretina endovenosa. Interpretan que el edema es el *jugo pancreático extravasado en el tejido conectivo glandular*. Desaparece cuando se deja de inyectar secretina, es decir, es una lesión reversible tal cual se comprueba en el hombre. Denominan a este estadio de enfermedad "pancreatitis transitoria". Ahora bien, si a esta manera de actuar se agrega la interrupción de la circulación arterial durante un lapso de 15 minutos, aparece secundariamente hemorragia o necrosis celular. La isquemia temporaria disminuye la resistencia celular a los efectos de las enzimas del edema, jugo pancreático extravasado. Puede aceptarse también que la enzima puede activarse en contacto con las células injuriadas, concluyendo "que los cambios vasomotores son responsables de la transición del edema a la necrosis y que la duración del trastorno vasomotor local, es el factor determinante de las modificaciones tisulares". Por su parte Mallet-Guy y colaboradores han publicado en 1949, los resultados de sus experiencias aplicadas a dilucidar el papel que puede jugar el simpático en éste proceso. Para tener un concepto sumario de estos aportes es imprescindible seguir la discriminación de sus observaciones.

Han utilizado como animales de experiencia cobayos y perros, procediendo en forma similar en ambos grupos. Proceden con el siguiente método:

A) *Excitan en masa el esplácnico izquierdo, y aprecian congestión acentuada. Histológicamente "vasodilatación intensa generalizada, capilares dilatados, edema muy marcado que se pone de manifiesto por aparición de serosidad en el tejido interlobar con disociación de los acinis". En otros cortes hemorragia, necrosis celular con degeneración vacuolar*

del protoplasma y *aspecto picnótico del núcleo*". Estas lesiones son más acentuadas en los animales en pleno período digestivo.

B) La misma acción tiene la excitación prolongada del cabo periférico. Empero, si se actúa sobre el cabo central, sólo se produce edema extralobular, nunca intralobular, siendo además el aspecto macroscópico del órgano igual antes que después de la experiencia.

C) La excitación del esplácnico derecho en masa, del cabo central o periférico, se encuentre el páncreas en reposo o en actividad, resulta negativa tanto macroscópica, o histológicamente como del punto de vista funcional.

D) La ligadura del Wirsung, no parece de significación para influir en el grado o frecuencia de las alteraciones y estiman los autores que debe controlarse este punto con nuevas experiencias.

Deducen en consecuencias "que la *vasoconstricción es la lesión inicial* y que secundariamente aparece vasodilatación interpretada como parálitica o desencadenamiento sucesivo de dos estados opuestos: *isquemia y éstasis sanguínea*. La primera al actuar sobre la célula interrumpe el aporte de oxígeno y metabolitos necesarios para la vida celular, provocando en el territorio afectado necrosis diseminadas. La isquemia aumenta la secreción pancreática y conduce al edema, vasodilatación que se acompaña de raptus vasculares con hemorragia pancreática secundaria favorecidas por la hipertensión local y el edema. Como agravantes de estos fenómenos locales, actúan el shock anafiláctico y la digestión, siendo la autodigestión pancreática el resultado de la activación del tripsinógeno por las leucoquinasas, el cloruro extravasado de la sangre y las leucoquinasas celulares.

Aceptado por estos investigadores que la irritación de los esplácnicos ocasionando vasoespasmos, "es el *primus moveus*" de las pancreatitis, cabe indagar cual es el factor que actúa produciendo la susodicha alteración. Algunos aseveran que la litiasis biliar desempeña un papel importante, condicionando los espasmos vasculares reflejos (Blume, Beneke, Bernhardt, etc.); otros atribuyen el reflejo a una excitación gástrica consecutiva a una comida abundante (Knape); Popper interpreta que el dolor intenso puede condicionar estos espasmos, por lo que aconseja suprimir-



#### PANCREATITIS AGUDAS

lo cuanto antes; Carozzia, Reyes, lo imputan a una compresión de la glándula sobre el plexo solar.

B) Solamente un número muy reducido admiten que los espláncnicos en ciertas circunstancias, producen vasodilatación. Es Reilly, el primero en llamar la atención de ésta reacción paradójal del simpático. Obtiene por medio de su excitación con venenos, toxinas, cáusticos, como también por faradización, un conjunto biológico de aspecto múltiple y una vez cada ocho, en animales de laboratorio, necrosis pancreática las que histológicamente se caracterizan "por alteraciones celulares con infiltración edematosa o hemorrágica". Además, observa hemorragias en riñón, pulmón, suprarrenal, etc. asegurando que bien puede imputarse a una acción general del simpático, que repercute sobre la glándula, predispuesta localmente. Interpreta el fenómeno, aduciendo que es debido a una respuesta simpática invertida. Las lesiones guardan un estrecho paralelismo con el grado e intensidad de la excitación eléctrica.

Knape, Ricker, etc. piensan también que la vasodilatación con estasis de los capilares por irritación de orden nervioso es lo primero y que secundariamente se inicia la necrosis celular.

Enrich y Seifer han descrito en la reacción de alarma de Seyle, como consecuencia de un fenómeno producido por un "shock primario en que la hormona adrenotrópica es liberada del lóbulo anterior de la hipófisis con liberación de la hormona cortical, resultando de este encadenamiento una fase de contra-shock, con cambios conspicuos en los tejidos y a nivel del páncreas la pérdida del zimógeno y focos de necrosis".

*Nuestra experimentación:* En esta situación y compenetrados de la importancia del factor neurógeno en el mecanismo intrínseco de las pancreopatías agudas, hemos emprendido un estudio para dilucidar su participación efectiva.

Desde luego, hemos repetido las experiencias de Popper y Mallet-Guy, con el objeto de confirmar o reedificar sus conclusiones.

En primer lugar, demostramos la veracidad de las ideas de Popper, con el resultado de las intervenciones practicadas con dicho propósito en dos animales.

*PERRO No. 222.*

27-I-50.—Anestesia general: Eter, laparatomía. Se individualiza el con-



ducto de Wirsung y se lo liga. Se inyecta 1 c.c. de secretina endovenosa (Wyeth). Se procede a aislar la arteria gastroduodenal y se la mantiene en "tensión" durante 10 minutos. Cierre de la herida.

- 28-I-50.—Nueva inyección de secretina endovenosa, 1cc., reoperándose una hora después. Abierto el peritórneo se aprecia abundante derrame sero-hemorrágico libre. Wohlgemuth positiva franca; 10° tubo. Placas de esteatonecrosis sobre el páncreas y el peritórneo, que se extraen y mandan analizar. La investigación de diastasa en orina fué positiva al 11° tubo.

**PERRO No. 217**

- 23-III-50.—Anestesia etérea. Laparotomía. Se liga el Wirsung e inyecta 1cc. de secretina "Wyeth" en la vena.  
25-III-50.—Reintervención. Se busca la arteria gastroduodenal derecha y se tracciona durante 20 minutos.  
28-III-50.—Necropsia: hemorragia pancreática y libre en peritórneo. La diastasa fué positiva al 11° tubo. 2048 U. W.

La *microfotografía* No. 1 muestra: "páncreas con edema intersticial, dilatación de los conductos y destrucción parcial de la mucosa".

Igualmente la vivisección corrobora los trabajos de Mallet-Guy. Por nuestra parte procedemos con el siguiente plan para excitar los espláncnicos.

1o.) A un lote de perros se excita con la corriente farádica el esplácnico izquierdo, agregando una dosis razonable de secretina.

**PERRO No. 136. (En ayunas)**

- 21-VIII-48.—Excitación del esplácnico izquierdo con la bobina de Rumkoff y se comprueba: *vasodilatación y punteado hemorrágico* en el Páncreas. La *microfotografía* No. 2 (de un pequeño trozo-biopsia del páncreas) revela: "Extensas hemorragias en el conjuntivo intersticial".  
31-VIII-48.—Necropsia. Líquido hemorrágico en cavidad. El examen del páncreas lo revela hemorrágico. La anatomía patológica de los trozos resecaados muestran: *Microfotografía* No. 3 "intensísima congestión, vasos repletos de sangre".

En la *microfotografía* No. 4, se aprecia otro campo histológico con lesiones de infarto en el centro de los lobulillos pancreáticos zonas claras. Hemorragia interlobulillar.

## PANCREATITIS AGUDAS

*PERRO* No. 171 (En ayunas).

- 14-I-49.—Anestesia general. Laparatomía. Individualización de los ganglios semilunares y espláncnicos izquierdos. Se los excita eléctricamente. Se produce enorme congestión y tonalidad rosada del páncreas. La *microfotografía* No. 5 muestra: "edema y hemorragia interlobulillar".

*PERRO* No. 172. (En ayunas).

- 25-I-49.—Se procede con el mismo criterio que el anterior, con iguales resultados. Se observa el órgano constantemente a medida que se estimulan los ganglios semilunares. La *microfotografía* No. 6 descubre: "intenso edema, hemorragia, vasos ingurgitados, con arterias indemnes".

2o.) Se agrupan en este lote, los animales que fueron sometidos a la excitación química del espláncnico, inyección de sulfarsenol, provocándose la estimulación pancreática con: a) secretina y b) ácido clorhídrico al 10/N, en cantidad de 5 a 10 c.c. inyectado en el duodeno.

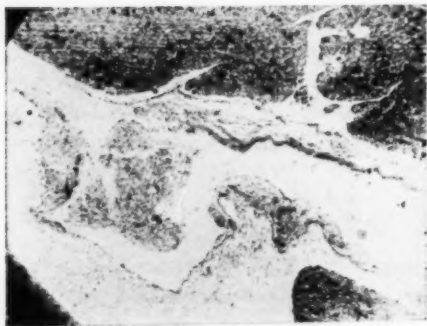
A) *PERRO* No. 203. (En ayunas).

- 10-X-49.—Laparatomía. Se coloca 0.5 c.c. de sulfarsenol a nivel del espláncnico izquierdo que produce igual reacción local que la excitación eléctrica. A continuación se inyecta 1 c.c. de secretina endovenosa.
- 13-X-49.—Edema y digestión de los planos de la herida operatoria. Se reopera y se comprueba: epiplón congestivo, edematoso, con puntillado hemorrágico, páncreas congestionado y de aspecto edematoso. La *microfotografía* No. 7, permite apreciar: "digestión extensa de la grasa peripancréatica".

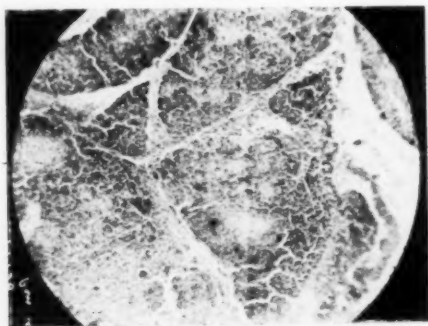
*PERRO* No. 204 (En ayunas).

- 14-X-49.—Laparatomía. Inyección de 1 c.c. de sulfarsenol en la vecindad del espláncnico izquierdo. Se observa igual reacción que en el animal anterior.
- 15-X-49.—0.75 c.c. de secretina endovenosa.
- 19-X-49.—Muerte, herida infectada y digerida, se extrae un trozo de páncreas en cuyo estudio histopatológico se pesquiza: "lesiones celulares regresivas en el centro. Estéatonecrosis.

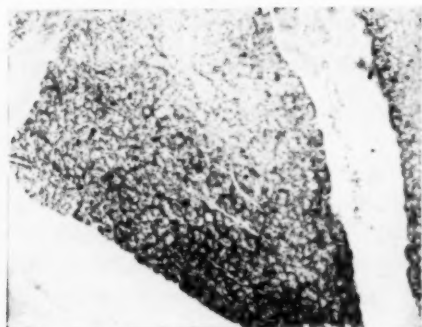
POR LOS DRES. LONGO, GALLARDO Y FERRARIS.



*MICROFOTOGRAFIA No. 1*



*MICROFOTOGRAFIA No. 2*



*MICROFOTOGRAFIA No. 3*

PANCREATITIS AGUDAS

PERRO No. 206. (En ayunas).

24-X-49.—Previa laparatomía se inyecta 1 c.c. de sulfasernol en el esplácnico y ganglio semilunar y 1 c.c. de secretina endovenosa.

31-X-49.—Muerte en la madrugada: evisceración, enorme dilatación gástrica. Pancreatitis hemorrágica. El estudio histológico del páncreas revela: *microfotografía* No. 8: "hacia arriba, glándula digerida, en la mitad inferior se aprecian pocas alteraciones".

La *microfotografía* No. 9, tomada de un segmento de riñón muestra: "lesiones nefrósicas y cilindrúvies en los tuvos flexuosos proximales, mientras que los distales permanecen indemnes".

PERRO No. 211. (En ayunas).

30-XI-49.—Se procede como en la experiencia anterior.

12-XII-49.—Páncreas aumentado de consistencia vasodilatación hemorrágica.

B) En éste grupo se ha procedido empleando ácido clorhídrico al 10/N inyectado en el duodeno.

PERRO No. 229. (En ayunas).

4-II-50.—Laparatomía. Se coloca 1 c.c. de sulfasernol a nivel del esplácnico izquierdo y 5 c.c. de H. Cl., según fórmula, en el duodeno.

6-II-50.—Necropsia. Digestión franca de los planos de sutura y del epiploon con digestión grasa. Pancreatitis aguda. La *microfotografía* No. 10 revela: "nitidos focos de necrosis".

PERRO No. 230. (En ayunas).

4-II-50.—Procedemos de igual forma que en el anterior.

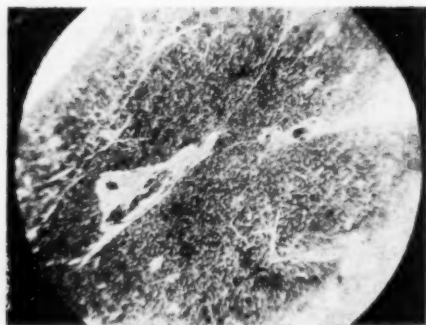
6-II-50.—Se le sacrifica comprobando las lesiones apuntadas en la experiencia del PERRO No. 229. La histología de una cuña hepática, deja ver *microfotografía* No. 11, "hígado con necrosis masiva y gran dilatación de las venas".

PERRO No. 232. (En ayunas).

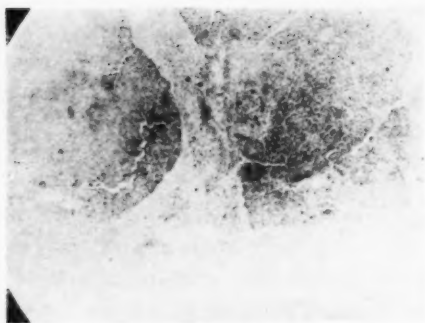
11-II-50.—Seguimos repitiendo el plan anteriormente practicado.

12-II-50.—Se procede a efectuar la autopsia, páncreas congestivo, sin placas de esteatonecrosis".

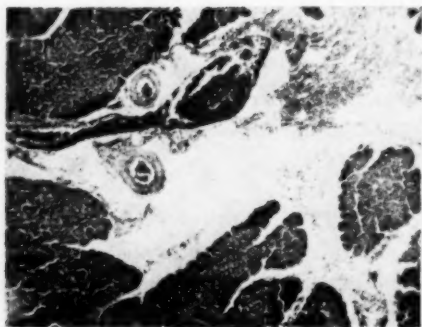
POR LOS DRES. LONGO, GALLARDO Y FERRARIS.



*MICROFOTOGRAFIA No. 4*



*MICROFOTOGRAFIA No. 5*



*MICROFOTOGRAFIA No. 6*

*PERRO* No. 234. (En ayunas).

13-II-50.—1 c.c. de sulfasernol alrededor del esplácnico izquierdo y ácido clorhídrico al 10/N en el duódono 3 c.c.

16-II-50.—Líquido sero-hemorrágico libre en cantidad, con reacción de Wohlgemuth positiva al 11. tubo (2048 U. W.) y hasta el 7o. tubo en la orina. El estudio histológico comprendió las siguientes piezas *microfotografía* No. 12, "páncreas con hemorragia y edema, infiltración perivascular".

La *microfotografía* No. 13, de otro trozo muestra: "trozo de grasa con intensa citoesteatonecrosis".

Se estudió igualmente un fragmento de hígado, el que presenta estado congestivo franco. *Microfotografía* No. 14.

#### DISCUSION:

Es indudable, que el cúmulo de experiencias detalladas dan razón para aceptar la participación del esplácnico en la etiopatogenia del drama pancreático, presunción que puede consolidarse con los resultados terapéuticos de su bloqueo y con los conocimientos de la innervación y trayecto que siguen las fibras del simpático en el interior de la glándula. Pero, como hemos visto, ahondando la cuestión y tratando de sacar mayor partido, sobre el particular, hay en el fondo divergencia, por la manera de interpretar los fenómenos desencadenados. Desde luego, el grupo más numeroso de investigadores, reconoce que las alteraciones pueden inferirse al mecanismo de vasoconstricción arterial, los menos apoyan como argumento, que el esplácnico puede actuar en vasodilatación.

No tiene discusión que la excitación ya sea química o eléctrica del esplácnico izquierdo en masa o de su cabo periférico, producen lesiones anatomo-patológicas en el páncreas. Ahora bien, Mallet-Guy, y colaboradores las interpretan en su faz inicial como consecuencia de una vasoconstricción y sin embargo, la documentación histológica con que ilustran el trabajo prueba en forma incontrovertible, que la lesión sobresaliente es la *vasodilatación*. Por otra parte, esta es la alteración que sistemáticamente hemos encontrado en nuestros preparados. Como podría objetarse que ella fuera determinada por las maniobras de fijación y coloración de los cortes histológicos hemos empezado a estudiar directamente con el capilaroscopio las modificaciones vasculares, arteriales, capilares, vénula

iniciales. Cuando nuestra experiencia sea mayor comunicaremos estos resultados pues reviste interés no solamente para el estudio etiopatogénico de las pancreatitis, sino también, porque nos permitirá indicar el tratamiento en forma adecuada.

Ahora bien, cabe preguntarse, en concepto de qué, el nervio esplácnico, considerado como el "príncipe de los vasoconstrictores", puede condicionar vasodilatación en determinadas circunstancias.

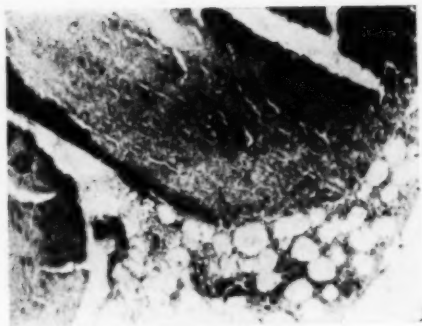
En efecto, es posible distinguir en este nervio dos clases de fibras: a) unas vasomotoras preganglionares y eferentes, cuya excitación determina vasoconstricción, en las vísceras abdominales, ya sea por influencia directa o por liberación de adrenalina; y b) fibras *aferentes sensitivas* las que se originan en las células de los ganglios cerebro espinales (Rawson, Kuntz, White y Smithwick, Días González). Estimamos de importancia considerar aunque sea brevemente, la fisiopatología de estas fibras nerviosas, que hasta hace poco no se le atribuía ninguna importancia en la génesis de algunos síndromes abdominales agudos.

Estas fibras que tienen otro destino funcional, pueden en ciertas condiciones provocar intensa dilatación arteriolo-capilar, actuando por ende como fibra centrífuga (dilatación antidrómica de Bayliss). En efecto, cuando por una razón cualquiera un estímulo actúa sobre los nervios sensitivos, es transmitido centripetamente hacia la célula pero también se puede reflejar a nivel de una colateral de la misma fibra e ir a excitar los vasos a corta distancia produciendo su dilatación y modificaciones en su permeabilidad.

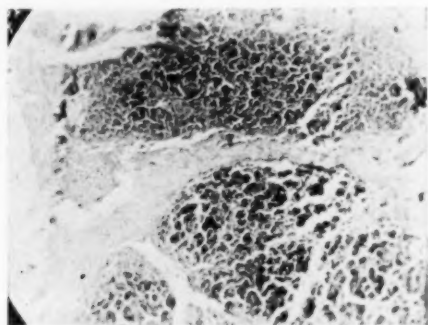
Es una especie de reflejo pero que se produce en una fibra nerviosa de una sola célula. Fué denominado por ese motivo, por Langley *pseudo-reflejo axónico*, sin dudas un papel importante en la regulación local y regional de la vesomotricidad, sobre el tono vasomotor periférico (Marceán). Es decir, es un mecanismo que interviene sobre todo para asegurar en un órgano las variaciones de irrigación en relación con el estado de actividad (Danielopolu). Así por ejemplo el trabajo del páncreas, se acompaña de la liberación de numerosas sustancias vasodilatadoras, al mismo tiempo que se acumula gas carbónico, las cuales a través de estos reflejos cortos ocasionan una dilatación vascular adaptada a las necesidades. Al conjunto de tales fibras, dotadas de estas propiedades, fué denominado por Lewis, *sistema nociceusos*, porue los fenómenos que se



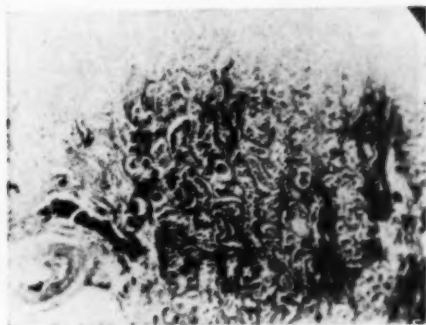
PANCREATITIS AGUDAS



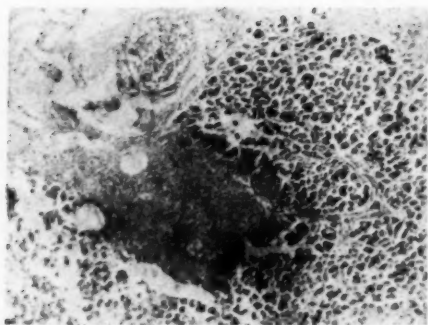
*MICROFOTOGRAFIA No. 7*



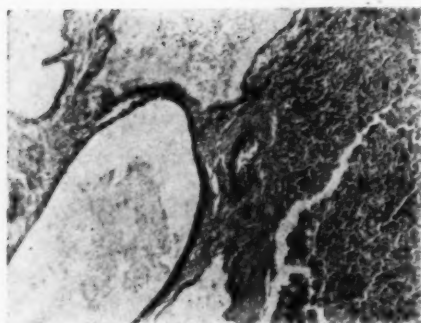
*MICROFOTOGRAFIA No. 8*



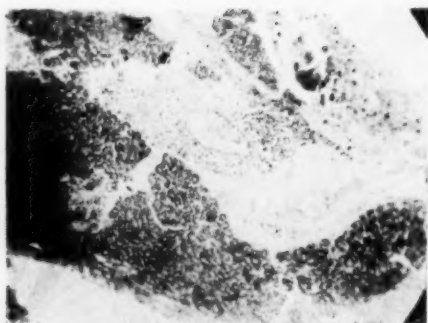
*MICROFOTOGRAFIA No. 9*



*MICROFOTOGRAFIA No. 10*



*MICROFOTOGRAFIA No. 11*



*MICROFOTOGRAFIA No. 12*

## PANCREATITIS AGUDAS

producen con la excitación del cabo periférico de las vías sensitivas, son idénticos a aquellos que se producen por la acción de algunos agentes irritantes, toxinas de diversas clases, etc. En patología nosotros hemos atribuido a este mecanismo las lesiones que desencadenan infartos hemorrágicos del intestino de tipo funcional o por shock de intolerancia. Últimamente, se hace intervenir este pseudo-reflejo para explicar algunos de los trastornos tróficos consecutivos a traumatismos de los miembros (Leriche) y conocido por los autores norteamericanos como reflejo simpático distrófico (Miller, Takats, Nobe, Kahle, Halle).

Y bien, hemos entrado a suponer que este conjunto de fibras, dotadas de dichas propiedades, es el que puede desempeñar el papel primordial en la fisiopatogenia de las pancreopatías agudas. Esta hipótesis puede explicar además, la acción espectacular de la anestesia espalínica o la novocaína endovenosa. Pues esta no actúa suprimiendo los espasmos vasculares (Popper, Mallet-Guy, Marión, Reyes, Díaz, etc.) que aún cuando hubieran estado presente inmediatamente habrían desaparecido en el momento de indicar el tratamiento, es decir, producida ya la pancreatitis con todo el cuadro histológico que la caracteriza: vasodilatación, congestión, edema, hemorragia, etc. El bloqueo actúa anestesiando las fibras sensitivas afectadas y permitiendo por lo tanto que ellas recuperan su equilibrio y el proceso retroceda. Por consiguiente, en las pancreatitis, *el bloqueo modifica las condiciones neurodistróficas*. Por este mecanismo fisiopatogénico, que como veremos cuenta con el apoyo de las investigaciones experimentales, puede fundamentarse el método de "recuperación visceral" que López Esnaurrizar preconiza exitosamente en diversos cuadros patológicos y cuyo efecto beneficioso le atribuye en las pancreatitis a la acción trófica directa sobre la glándula al suprimir el dolor o una mejor irrigación en relación con la vasodilatación paralítica.

Para poner de manifiesto esta intervención de las fibras sensitivas de los espláncnicos hemos seguido el plan que detallamos:

10.) Como es incuestionable que la excitación de los espláncnicos desencadena las lesiones de pancreatitis, repetimos estas experiencias pero inhibiendo las fibras vasoconstrictoras, que provocarían los supuestos espasmos. Para ello, inyectamos cloruro de tetratilamonio (Etamon, Parke-Davies) endovenosa. Esta droga como se sabe tiene la propiedad de inhibir la transmisión nerviosa vasomotora a nivel de las sinapsis gan-

glionar. Por consiguiente, en los animales así preparados no tendrían lugar las lesiones en el páncreas si ellas fueran desencadenadas por isquemia glandular debido a fenómenos de vasoconstricción.

*PERRO No. 193. (En ayunas).*

22-VIII-49.—Anestesia general. Laparatomía. Se inyecta 1 c.c. de etamonio endovenoso y se excita el esplácnico izquierdo durante 20 segundos. Cinco minutos después se procede igualmente. Se saca un trozo de páncreas. Se inyecta después 1 c.c. de secretina endovenosa y nueva dosis de etamonio.

23-VIII-49.—Reoperación. Se observan placas de esteatonecrosis en el páncreas. Shock. Muerte. Se extrae un segmento para su reconocimiento histológico.

La *microfotografía No. 15*, revela: "en el centro del campo placas de citoesteatonecrosis, rodeada de aflujo leucocitario en la grasa peripáncreática".

Esta experiencia fué repetida en dos animales más con idénticos resultados, *concluimos que aún en estas condiciones, es posible producir las lesiones de pancreatitis.*

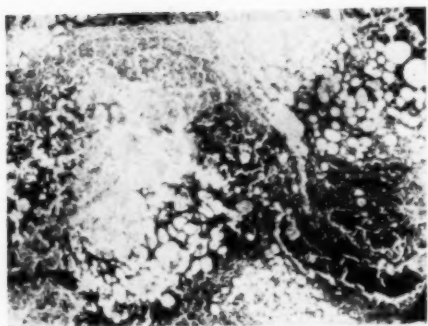
2o.) En este segundo lote de perros nos hemos ajustado a la siguiente conducta: antes de efectuar la excitación de los esplácnicos se procede como primer tiempo de la experiencia a la sección de los mismos. Dejando pasar un tiempo prudencial para que se produzca la degeneración Walleriana (7 a 10 días) del cabo periférico. En esta situación las únicas fibras que degeneran son las aferentes, sensitivas que tienen su célula en el ganglio raquídeo; en cambio, las fibras vasoconstrictoras son seccionadas en su neurona pre-ganglionar; pero queda intacta su neurona post-ganglionar, la que produce por consiguiente vasoespasmos, reacción esta que es mayor aún que normalmente cuando como en este caso se secciona la cadena simpática en su eslabón pre-ganglionar. Procediendo así observamos:

*PERRO No. 221. (En ayunas).*

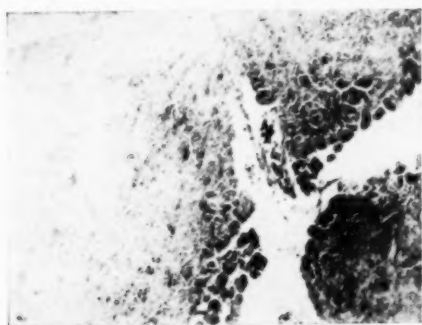
62-I-50.—Resección en una extensión de tres centímetros del esplácnico izquierdo.

14-II-50.—Se coloca 1 c.c. de sulfarsenol a nivel del cabo periférico del

PANCREATITIS AGUDAS



*MICROFOTOGRAFIA No. 13*



*MICROFOTOGRAFIA No. 15*



*MICROFOTOGRAFIA No. 16*

esplácnico y de los ganglios semilunares. Por vía endovenosa se inyecta 1 c.c. de secretina endovenosa.

22-II-50.—En plena digestión, se inyecta 1 c.c. de secretina endovenosa. Se lo sacrifica horas después. Se observa vasodilatación abdominal. Páncreas con ligera cianosis. La *microfotografía* No. 16; muestra: "páncreas con edema".

La *microfotografía* No. 17, "trozo de riñón con líquido aluminoso en los espacios de Bowman".

PERRO No. 226. (En ayunas).

1-II-50.—Sección del nervio esplácnico izquierdo.

16-II-50.—Ligadura del Wirsung e inyección en el duodeno de 3 c.c. de ácido clorhídrico al 10/N.

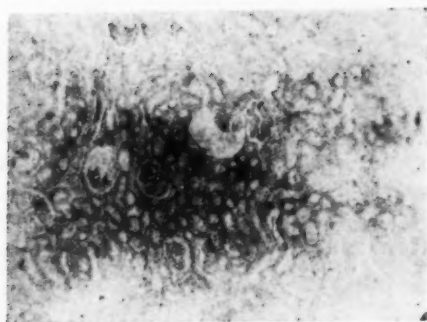
23-II-50.—Se le sacrifica. Macroscópicamente: necropsia negativa. Histológicamente, la *microfotografía* No. 18, de un trozo del páncreas: "páncreas sin alteración con aumento de la zona de zimógeno de los acini pancreáticos".

#### COMENTARIOS:

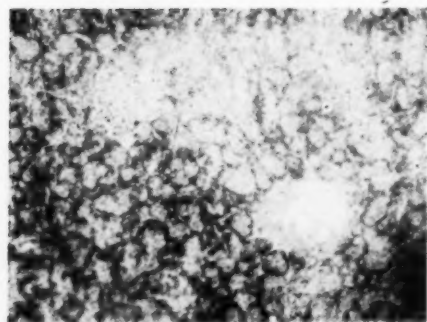
Otro hubiera sido el resultado de las experiencias, si siguiendo esta táctica los animales conservaran la integridad anatómica y funcional de los esplácnicos.

Estos protocolos experimentales, confirman en forma indubitable que el simpático abdominal juega un rol preponderante en este proceso, por intermedio de sus *fibras aferentes o sensitivas* cuya irritación en diversas circunstancias presentan en la patología humana (reflujo biliar), reacción anafiláctica o alérgica, anoxia tisular por espasmos vasculares) produce todos los grados de lesiones que caracterizan a las pancreopatías agudas: vasodilatación, edema, por aumento de la permeabilidad capilar, hemorragias, si el factor etiológico persiste o es de gran intensidad y el páncreas se encuentra en estado de hiperactividad, las lesiones se extienden del conectivo-mesenquimatoso al tejido pancreático mismo. En esta situación los tripsinógenos del jugo pancreático (tripsinógeno, quimotripsinógeno, carboxipeptidosa, etc.) se activan bien sea por las quinasas o bien autocatalíticamente. Estas enzimas actúan sobre las células del páncreas alteradas, ya que las sanas poseen un enzima inhibidora de

PANCREATITIS AGUDAS



*MICROFOTOGRAFIA No. 17*



*MICROFOTOGRAFIA No. 18*



las tripsinas; determinando la producción las necrosis y otras lesiones conocidas.

### CONCLUSIONES:

1o.) Con el propósito de verificar la participación de un factor neu-rógeno, en el mecanismo fisiopatogénico de las pancreatitis agudas, se ha emprendido un estudio de índole experimental.

2o.) Es incontrovertible que la excitación del esplácnico izquierdo, en masa o de su cabo periférico (Mallet-Guy) produce lesiones en el páncreas similares a las observadas en la patología humana.

3o.) Se descartan las fibras vasoconstrictoras como causa desencadenante, pues, si se las inhibe por medio del cloruro de tetraetilamonio, las alteraciones pancreáticas continúan produciéndose.

4o.) En cambio, si se secciona el esplácnico izquierdo y se deja pasar más de 7 días, para que se produzca la degeneración Walleriana de sus fibras, se anula la posibilidad de provocar lesiones, por la excitación de su cabo periférico.

5o.) Estas experiencias atestiguan la participación de las fibras sensitivas del esplácnico, pues, su irritación es la que induce las alteraciones vasculares iniciales del proceso.

### BIBLIOGRAFIA

- D. PRAT.—Fracturas de la base del cráneo.—Estudio clínico diagnóstico y tratamiento.  
H. MATTL.—Fracturas y su tratamiento.  
C. M. SMYTH JR.—Compound injuries of the Skull and their Management F. A. C. S. (The Surgical Clinics of North América, December 1944). T. A. RAMIERI.  
C. HUNTER SHELDEN.—The management of the head injury patient. (The Surgical Clinics of North América, December 1944). ROBERT H. PUDENZ. W. MCK. CRAIG.  
HARRY H. MCK.—The management of craniocerebral trauma and associated injuries (The surgical Clinics of North América, August 1942).  
LEWIS STEVENSON.—The effect of trauma on the nervous system. (The Surgical Clinics of North América, April 1943).  
GEORGE S. BAKER.—Cranioplasty with tantalum plate in the postwar period. (The Surgical Clinics of North América, August 1946).  
DONALD F. COBURN.—Rehabilitation in head injuries, (The surgical Clinics of North América, April 1945).



PARA NIÑOS  
Y ADULTOS

# CALCIO-VI-FOS

CAPSULAS Y GOTAS

CALCIO-VITAMINAS-FOSFORO Y MINERALES ASIMILABLES

INDICACIONES:

DECAIMIENTO FISICO Y MENTAL - HIPO ALIMENTACION - ENFERMEDADES POR CARENANCIA - DURANTE EL EMBARAZO - LA LACTANCIA - EL CRECIMIENTO Y PARA FAVORECER LA CONVALESCENCIA DE LOS ENFERMOS

9 VITAMINAS 8 MINERALES



PARA ADULTOS  
Y NIÑOS



DURANTE LOS PROCESOS INFECCIOSOS, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE GRIPE Y ENFERMEDADES DEL APARATO BRONCO-PULMONAR, SE PIERDE CIERTA CANTIDAD DE SALES MINERALES Y VITAMINAS, QUE ES NECESARIO RESTABLECER. PARA ASEGURAR LA CONVALESCENCIA, - EL **CALCIO-VI-FOS** EN GOTAS O CAPSULAS, APORTA AL ORGANISMO LAS SALES MINERALES Y LAS VITAMINAS NECESARIAS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO ORGANICO.

# CALCIO-VI-FOS

CAPSULAS Y GOTAS

CALCIO-VITAMINAS-FOSFORO Y MINERALES ASIMILABLES

9 VITAMINAS

8 MINERALES

**CAPSULAS**  
**CALCIO-VI-FOS**  
Calcio-Vitaminas y fósforo  
asimilables.

## FORMULA:

CADA CAPSULA CONTIENE

CAPSULA CAFE	Hierro peptonizado.....	0.05 grs.
	Peptonato de cobre.....	0.008 "
	Sulfato de zinc.....	2.6 mgrs.
	Sulfato de Magnesio.....	0.043 grs.
	Hipocalsato de manganeso.....	0.02 "
	Yoduro de potasio.....	0.0001 "
	Fosfato dicálcico.....	0.16 "
	Aceite germen de trigo.....	0.06 "
	Vitamina A.....	5.000 U. I.
	Vitamina D.....	1.000 U. I.
CAPSULA ROJA	Vitamina B1.....	1.000 U. I.
	Vitamina B2.....	0.003 grs.
	Vitamina B6.....	0.25 mgrs.
	Vitamina C.....	1.500 U. I.
	Vitamina E.....	0.005 grs.
	Pantotenato de Calcio.....	0.005 "
	Nicotinamida.....	0.020 "

**CALCIO-VI-FOS**  
**GOTAS**

Calcio-Vitaminas y fósforo asimilables.

## FORMULA:

Cada 100 C. C. contienen:

Frasco Núm. 1 Vitaminas Hidrosolubles y Minerales.

VITAMINA B1.....	4.000 U. I.
VITAMINA B2 (G).....	20.000 Mcgrms.
VITAMINA B6.....	50 Mgrs.
NICOTINAMIDA.....	500 Mgrs.
CLORURO DE CALCIO.....	3.75 Grs.
GLICEROFOSFATO DE SODIO.....	1.50 "
CITRATO FERROSO AMONIAICAL.....	0.750 "
SULFATO DE MAGNESIO.....	0.0375 "
CONSERVADOR NIPAGIN.....	0.06 "
AGUA DESTILADA C. B. P.....	100 C. C.

Frasco No. 2 Vitaminas Liposolubles

VITAMINA A.....	500.000 U. I.
VITAMINA D.....	70.000 U. I.
VITAMINA E (ACEITE DE GERMEÑES DE TRIGO).....	10 C. C.
ACEITE DE ARAQUIDA C. B. P.....	100 C. C.

## INDICACIONES:

Decaimiento Físico y Mental - Hipo Alimentación - Enfermedades por Carencia - Durante el Embarazo - La Lactancia - El Crecimiento y para favorecer la Convalecencia de los Enfermos.

**Dosis para las Cápsulas:**—ADULTOS: 1 cápsula roja y 1 cápsula café en las comidas.

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS: la dosis adulta.

NIÑOS HASTA 10 AÑOS: una cápsula roja y una cápsula café una vez al día.

**Dosis para las Gotas:**—ADULTOS: 15 gotas del frasco No. 1 y 15 gotas del frasco No. 2 en las comidas.

NIÑOS HASTA 10 AÑOS: por cada año de edad, una gota del frasco No. 1 y una gota del frasco No. 2 en las comidas.

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS: la dosis adulta.

PROPAGANDA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 20282 A. S. S. A. - Reg. No. 21327 A. S. S. A. y Prop. Reg. A-1 y A-2 S. S. A.

HECHO EN MEXICO

LÁBORATORIOS *Salus* S. A.

CADIZ MEXICO (COL. ALAMOS)

MEXICO D. F.

## Conducta que hay que Seguir en Algunas Lesiones de la Vejiga Ocasionadas al Practicar la Histerectomía Total

Dr. *Bernardo J. Gastélum*, de la Academia Mexicana de Cirugía, Trabajo Reglamentario, leído el 31 de julio de 1951.

Desde el punto de vista en que voy a considerar el último de los cinco casos que se me han presentado en determinadas lesiones de la vejiga que pueden ocasionarse al practicar la histerectomía total, intervención que he practicado, setecientas cincuenta y cinco veces, debo subrayar desde luego, que todos ellos han curado dentro del mismo concepto que sustento para tratar tales incidentes.

Al ginecólogo que extirpa el útero, los anexos, el tejido para metrial y gánglios en pacientes de neoplas mas malignos del útero o bien, entre otras varias causas de degeneración, de mioma o de adenomiosis, estados morbosos que se incluyen en el término general de fibroma, no limitados a una porción del órgano sino que por su extensión se haga necesaria su extracción completa, lo siguen como su sombra, dos graves temores, la herida del uretér y la de la vejiga.

No obstante su experiencia y sus conocimientos anatómicos de la región, contribuyen a ser posibles tales incidentes, caracteres propios a la naturaleza de los padecimientos para los que se interviene, como, infiltración de los tejidos por la extensión del neoplasma, relaciones de los órganos que ya no son las normales, visualidad defectuosa por adherencias o por hemorragia en capa; en algunas ocasiones el uretér se encuentra aprisionado por el desarrollo del tumor o por tejido simplemente inflamatorio; la vejiga adherida a la cara anterior del cuello uterino en su porción supra vaginal y de la vagina o hacia los lados del cuello, luga-

res en los cuales el uretér es vecino y sitio predilecto para las lesiones de de estos órganos. Por ahora vamos a referirnos exclusivamente a las heridas de la vejiga.

El tejido celular que une la vejiga al cuello y pared anterior del útero y de la vagina de más o menos ocho milímetros de espesor en condiciones normales, en gruesa a veces y forma dos facias, este tejido permite con facilidad la separación de la vejiga de esos órganos, en él caminan los uretères, que después de atacar los lados de la pared vaginal y fondo de saco lateral, pasan de largo y se dirigen adelante de la pared vaginal en su porción anterior más elevada para desembocar en la vejiga; en cambio el desprendimiento de la vejiga hacia los lados de las paredes vaginales y principalmente de la base de los ligamentos anchos es más laborioso, aquí como acabamos de exponerlo, caminan los uretères que hay que verlos y cuidarlos, la arteria uterina, la vaginal y plexus venosos muy importantes en los bordes de la vagina y cara anterior del cuello uterino, todo englobado en el tejido pericervical que forma la base de los ligamentos anchos, factores que concurren a que en los lugares subrayados las lesiones de la vejiga sean posibles, ya sea por diéresis o bien por pequeñas necrosis provocadas por una disección poco cuidadosa de la pared vesical.

De los cinco casos en que he sido actor de este accidente, tres se refieren a pequeñas heridas de la pared vesical en el momento de ser separada de la pared lateral izquierda de la vagina y base de los ligamentos anchos y dos a pequeñas necrosis, una al despegar el bajo fondo de la vejiga de la porción supra vaginal del cuello y la otra que es el caso que voy a referirles situada en el mismo lugar de la vejiga a que se refieren los accidentes por diéresis; éstas pequeñas necrosis de la pared vesical se debieron a una exagerada disección sobre ella.

Es curiosa en mi caso, la incidencia de las lesiones al lado izquierdo.

De los cinco casos en que he intervenido, escogí el último para exponerlo porque en él se desarrollaron otros incidentes. La enferma fué la M. A. Vda de G, de cuarenta y un años de edad, natural de Villa Corona Estado de Durango, con residencia actual en Mexicali, Baja California, sin antecedentes personales ni de familia, su menarquia fué a los trece años, su menstruación siempre estuvo regular, le duraba tres días y se verificaba cada veintiocho; se caso a los diez y siete años, tuvo tres hijos, el menor de veintitres años, dos abortos de cerca de dos meses

#### ALGUNAS LESIONES DE LA VEJIGA

después de su último hijo; sus embarazos y partos fueron eutócicos, su salud era excelente hasta hace dos años del momento en que la examino principió su padecimiento según me informa, con trastornos dispépticos de tipo hiperclorhídrico, astenia, cefalea, anemia y menometrorragias; en abril de 1950 se hace examinar por un médico de Caléxico, por los trastornos hemorrágicos y un pequeño flujo oscuro, el médico ordena una biopsia del endometrio y de la mucosa del cuello en donde le asegura que tiene una pequeña ulceración, su peso ha disminuído de sesenta y cinco kilos a cincuenta y nueve, después del examen le propone una intervención quirúrgica de vientre y la enferma prefiere venir acá a operarse. Años antes, al esposo de esta señora que fué asesinado recientemente, le habia yo practicado un ano continente por estenosis del recto provocada por una enfermedad de Favra.

Examino a la paciente y encuentro un útero de doce centímetros de largo, libre, sin adherencias, fondos de saco normales, flujo blanco producto de las glándulas situada en el cuallo en donde no existe ninguna ulceración, las menometrorragias continuan muy abundantes, me indica. Insiste en ser operada pronto y con esos fin se le mandan hacer las investigaciones acostumbradas, en su sangre, en su riñón, en la orina, en su sistema cardio vascular, hepático y respiratorio, se determina su tiempo de coagulación y sangrado, su grupo sanguíneo y su Rh. Le propongo repetir la biopsia en el cuello y útero y me ofrece pedirla al médico que anteriormente la había ordenado. Como el examen no llega y la enferma está impaciente, decido operarla después de encontrar satisfactorias las investigaciones realizadas. Mi diagnóstico provisional fué de una adenomiosis; el tamaño del útero, los trastornos hemorrágicos, las micciones frecuentes, la hipersecreción de las glándulas, la movilidad del útero y el hecho de encontrarse libres los fondos de saco, me llevaron a esa creencia que un estudio histológico posterior de la pieza impidió confirmar. La intrevención se efectua el veintidos de septiembre de 1950 en el Sanatorio de Santa Mónica de esta ciudad. Mi principal colaborador fué el Dr. Emilio Varela. Abierto el vientre, se encuentra el útero grande, libre, ovarios sanos, los tejidos fuertemente irrigados, los vasos muy dilatados. Se le practica una histerectomía total con extirpación de las trompas y del tejido pericervical, no hay ganglios. Siempre pongo un cuidado muy especial en el despegamiento del fondo de saco de la vejiga, del cuello y cuerpo uterino y de la pared antero superior de la vagina, así como hacia los lados, tanto de la vagina como de la base de los ligamen-



tos anchos; no obstante hacer la ligadura de la uterina en la rama externa de su callado, las vésico vaginales, tres o cuatro, que se unen a las vaginales, dan bastante sangre al hacer el corte vaginal, por lo que las ligo; lo mismo la dan los plexus venosos laterales y anteriores en esta ocasión muy dilatados, que se toman; no soy partidario de la ligadura de la hipogástrica, en otra oportunidad me referiré a ella. La intervención no tuvo en sí ningún carácter especial en relación al género de estas operaciones. La separación de la vejiga de los sitios a que con anterioridad me referí, acostumbro hacerla con tijera de punta roma para no traumatizar la vejiga, los uretères y los vasos. En estos momentos la hemorragia en capa y la provocada por las venas oscurece el campo operatorio y en vez de alargar el tiempo procurando cohibirla, prefiero cuando los sucesos lo ameritan, ir rápido actuando sin precipitación y para compensar la pérdida de sangre, recurrir como lo hacen algunos cirujanos en la resección amplia del estómago, a la transfusión sanguínea durante la intervención. Nuestra enferma no perdió sangre, no obstante se le hizo una transfusión de trescientos centímetros cúbicos. Su estado es excelente al salir de la sala de operaciones. En la tarde de ese día se sienta en la cama, los cuatro días siguientes se levanta, camina un poco y vuelve a la cama, su pulso es normal y hacia el quinto día la temperatura sube a 39.5, grados, se queja de dolor en la parte superior de los muslos y hacia los flancos del abdomen que es blando, además, de que le sale un líquido por la vagina. Descubro la herida y me encuentro con un absceso de la pared abdominal, quito las tres últimas grapas, sale pus y hago un lavado con agua oxigenada; la temperatura baja a 37.5 y se mantiene con estos grados después de seis días en que el absceso desapareció cicatrizando la herida. Entre tanto, el líquido vaginal aumentaba, lo que me lleva a hacer un examen por esa vía y descubro una pequeña lesión de la vejiga hacia el lado izquierdo y un poco elevada en relación al orificio de la desembocadura de la uretra; inyectando líquido coloreado con azul de metileno a la vejiga, al llegar éste a la pequeña perforación, sale a la vagina, además, por el tacto, se encuentran dolorosos los fondos de saco laterales, particularmente cuando los dedos se llevan hacia la pared lateral pelviana y hacia arriba, no se percibe ninguna otra cosa, por lo que se refiere a los muslos son dolorosos, ligeramente edematizados y la enferma los mueve con dificultad, las safenas y las piernas normales. El hecho de que la sonda suprima la salida a la vagina de la orina y que



#### ALGUNAS LESIONES DE LA VEJIGA

ésta fuese coloreada, afirma la lesión exclusiva de la vejiga, los trastornos en los muslos y abdomen se atribuyen a una flebitis pelviana. Lo importante desde luego era la fistula vesico vaginal.

Hay incidentes y padecimientos urinarios ligados estrechamente al aparato sexual, que el ginecólogo debe saber diagnosticar y hasta cierto limite tratar. Habituarse a la imagen de la pequeña uretra, de la vejiga y de los uretères, manejar con destreza el uretroscopio y el cistoscopio. Ejerciendo en lugares pequeños donde falta el especialista del aparato urinario, es cuando más se destaca esa comunión necesaria entre determinados conocimientos urológicos y los propios de la ginecología. Y para subsanar esa deficiencia, pude adquirir en Europa, el nuevo sistoscopio con fotografía del doctor A. Freunderber's que obtiene siete fotografías de la vejiga, que una vez amplificadas, si no me sacaban de la indecisión, podían enviarse al especialista para que emitiera un juicio más autorizado. Puedo asegurarles que en mi soliloquio de años en la provincia, este aparato me fué de gran utilidad.

En los accidentes a que me estoy refiriendo, el cistoscopio no es eficaz, porque el agua o el aire escapan por la perforación de la vejiga. En esta neferma la fistula se veía por el examen vaginal.

Si la vejiga hubiese sido herida durante la intervención, la orina tendría que haber salido desde luego, en el caso lo hizo el quinto día. Por lo tanto, una disección poco cuidadosa provocó un pequeño esfacelo de la pared vesical, que al eliminarse, denunció a la fistula. En uno de mis casos, el primero que tuve, tal hecho tuvo lugar en el bajo fondo de la vejiga que está en relación con el cuello uterino en su parte supra vaginal.

La historia de las fistulas vesico vaginales, es muy antigua cuando se relaciona a intervenciones y accidentes del parto, pero las que se producen por procedimientos de naturaleza operatoria, es relativamente reciente.

Los recursos quirúrgicos para suprimir este defecto han sido numerosísimos, lo que pone de manifiesto su ineficacia y tales fracasos se han originado tanto por la dificultad de poner a la vista el sitio afectado y efectuar sobre él las maniobras consiguientes, como al desconocimiento de factores que intervienen en este padecimiento y que una evolución médica posterior ha venido aclarando.

Se puede decir desde un punto de vista moderno, que el tratamiento

quirúrgico de la fistula vesíco vaginal, principia en el siglo XVI con Ambrosio Paré; lo que en ésta ocasión interesa conocer, es cual cirujano fué el primero que hizo de la posición que se da al paciente, el motivo determinante para la cicatrización de la fistula. En 1817 Schreger de Alemania, además de su intervención, se le ocurrió colocar al enfermo en decúbito ventral, ya antes, en 1720 otro alemán, Veal de Wutemberg, había recomendado el uso de la sonda vesical; Gosset de Londres usaba en sus operados la posición genuolecraneana, Wutzner de Bonn, en 1838 además de operar la fistula utilizaba la posición ventral, Chelius, en 1844, daba a su operado la posición de Gosset, Metzler aprovecha la misma postura. Mas en éstos y otros casos que sería largo enumerar, la posición forma parte del tratamiento como un dispositivo secundario; seguramente se trataba de fistulas ya cicatrizadas, en las que era necesario avivar sus bordes y suturarlos, se practicaba el uso de la sonda para mantener quieta la vejiga y que la orina no se pusiera en contacto con la herida. Pero lo que yo no he logrado precisar es, quien fué el primero que sin recurrir a la intervención quirúrgica, hizo de la posición adecuada del paciente, el recurso esencial para la curación de la fistula, sin olvidar la sonda permanente y mantener la acidez de la orina que evita la infección de la vejiga. La erudición y la fantástica memoria de nuestro distinguido Académico doctor Alcántara, quizá logre iluminar mi ignorancia.

En 1938 fué la primera vez en que recurrí a la posición de decúbito ventral en una paciente que había tenido un punto de necrosis en el bajo fondo de la vejiga que está en relación con la cara anterior supra vaginal del cuello uterino; la enferma curó en siete días, se le puso su sonda permanente que se cambiaba cada cuarenta y ocho horas y se cuidó de la acidez de su orina. En esta paciente, al abrir el abdomen, se observaron extraordinariamente dilatados y flexuosos los plexus venosos situados entre el uréter y la hipogástrica, los muslos los tenía dolorosos edematizados. Hestablecida la enferma de su intervención, murió a los diez y nueve días después de operada, con todos los signos de una embolia pulmonar. Accidente, no raro, en esta clase de padecimientos, flebitis pelviana, cuando las personas que lo sufren son operadas o bien durante el parto o el puerperio. De la flebitis pelviana me ocuparé en otra ocasión; es una enfermedad, si realmente adquiere ese rango, cuyo perfil no está bien definido; se le señala después de las operaciones de vientre, en el parto, en el puerperio, por la narcosis, por el reposo exagerado en

#### ALGUNAS LESIONES DE LA VEJIGA

el lecho. No se conoce con claridad su etiología, ni tampoco sus signos clínicos específicos. No está demostrada la participación de agentes infecciosos en ella, aunque se les encuentre al mismo tiempo en carcinomas, en anexitis y aún en miomas. Parece que la mala constitución del tejido venoso es su antecedente más evidente. Volviendo a nuestro tema, a las tres enfermas en que la vejiga fué herida al despegarla hacia el lado izquierdo de la vagina y base de los ligamentos anchos, se les colocó en decúbito lateral derecho, lo mismo se hizo en el caso actual; se les puso sonda permanente y se mantuvo la orina ácida.

La enferma abandona el Sanatorio completamente restablecida el 16 de octubre de 1950. Yo le había prometido que siete u ocho días después de operada estaría de regreso en Mexicali.

Para hacer de la posición que se da a la enferma, el recurso fundamental que realice la cicatrización de las fistulas vesico vaginales provocadas por diéresis o pequeños puntos de necrosis, se requiere:

I.—Hacer el diagnóstico inmediato de la fistula, que sea reciente y determinar su sitio.

II.—Usar sonda permanente que mantenga hasta donde sea posible la vejiga en reposo y evitar que la orina esté en contacto con la herida.

III.—Mantener la acidez de la orina evitando la infección.

IV.—Darle a la paciente una posición opuesta a la de la fistula.

El antecedente que me llevó a seguir esta práctica fué el recuerdo de como cicatriza la herida de la vejiga en la cistotomía; las heridas de la vejiga o pequeños puntos de necrosis tienen forzosamente que cicatrizar de la misma manera. Naturalmente no encajan dentro de este criterio aquellas injurias que sufra la vejiga en que se pierdan porciones de ella o bien que la vejiga se abra al mismo tiempo hacia la cavidad abdominal.

Que el propósito de evitar intervenciones inútiles y perjudiciales en accidentes que pueden resolverse sin ellas, excuse ante la docta consideración de ustedes lo trivial de este tema.

# TOMO XIX 1951.

## INDICE DE AUTORES

	Págs.
Alcántara Herrera José .....	1, 55, 109, 163, 319, 469, 480
Aranda de la Parra Alberto .....	396
Alamilla Guillermo .....	609
Bandera Benjamin. ....	192
Castañeda Uribe Manuel .....	249
Correa Joaquín .....	480
Castanedo Alejandro .....	517
Daquet G. ....	420
Guevara José Antonio .....	431
González Ulloa Mario .....	445
Guevara Fernández Antonio .....	618
Gastélum Bernardo J. ....	653
López Esnaurrizar Miguel .....	213, 264, 317, 373, 427, 478, 493, 545, 546, 548
Longoria Javier. ....	329
Longo Orlando F. ....	631
Manzanilla Manuel A. ....	205, 308, 427
Martinez Villarreal Fermin .....	285
Martinez Villarreal Horacio .....	350
Monteiro Alfredo .....	375
Mass Joaquín .....	383
Nieto Martinez Alfredo .....	155
Peña y de la Peña Enrique .....	271, 555
Rentería José Ma. ....	219
Rendón Peón Alberto .....	409
Sardiñas Ramírez Alfredo .....	574
Sosa Gallardo Carlos .....	631
Thorek Max .....	196
Vázquez Mariano .....	501
Zuckermann Conrado. ....	385

# INDICE TEMATICO

La cirugía química nerviosa .....	213
La cultura médica mexicana entre los mexicanos .....	478
Las heridas como riesgos profesionales .....	517
Muerte bajo anestesia, inminencia de .....	196
Medicina psisomática rusa .....	372
Max Thorek y la cirugía americana .....	375
Moral médica, código del .....	480
Manifestaciones clínicas del colapso vascular periférico (shock) por insuficiencia suprarrenal aguda en cirugía .....	555
Microincisión bajo estética longitudinal para la operación cesárea .....	574
Notas bibliográficas relativas a libros sobre histerectomía en general.....	469
Nota clínica de un caso de exof:almus intratable por tiroxicosis.....	501
Problemas quirúrgicos en las neoplasias del glomus caroticus .....	219
Psicosomática, cirugía y medicina .....	264
Próstata, extirpación de adenomas de la .....	329
Punción cisternal paar el diagnóstico y terapéutica en los traumatismos cráneo en- cefálicos .....	383
Poliartritis crónica evolutiva .....	420
Prognatismo, tratamiento del .....	445
Principios para la redacción del código de moral médica .....	480
Pancreatitis aguda, el factor neurógeno .....	631
Resultados de la gastrectomía subtotal realizada en pacientes con úlcera gástrica o duodenal. ....	609
Sobre la coincidencia de París y México en el tratamiento de artritis reuma:oiide..	425
Secuelas de las trombosis venosas post-operatorias .....	546
Trasplante del ano contra natura abdominal a perineo.....	271
Técnicas de la medicina psicosomática rusa por medio del sueo y la interpsicofi- siológica. ....	372
Traumatismos cráneo encefálicos, punción en los .....	383
Tumores de células de la granulosa .....	409
Trombosis venosas post-operatorias .....	546
Un caso de tétanos tratado por el procedimiento de alcoholización epidural con técnica del Prof. Miguel López Esnaurrizar .....	155
Variaciones eosinófilas por irradiación suprarrenal .....	205
Várices y úlceras varicosas .....	249
Variaciones linfocitarias por irradiación suprarrenal .....	308
CIRUJANOS .....	661

## INDICE TEMATICO

	Pág.
Artritis reumatoide, el tratamiento de la .....	317
Algunas reflexiones a propósito del día mundial de la salud.....	319
Apendicitis, laparatomía por .....	350
Algunos problemas en la histerectomía abdominal .....	396
Artroplastia temporomandibular en el tratamiento del prognatismo.....	445
Compendio de cronología quirúrgica mexicana .....	1. 55, 109. 163
Comentario al trabajo del Dr. José Alcántara Herrera .....	192
Cirugía química nerviosa .....	213
Cirugía y medicina psicosomática .....	264
Consideraciones acerca de la cura operatoria de la hernia inguinal.—Procedimiento de elección .....	285
Consideraciones acerca de la laparatomía por apendicitis .....	350
Contribución al estudio de los tumores de células de la granulosa .....	409
Comentario al trabajo la histerectomía abdominal .....	535
Cuadro mínimo de instalación y organización hospitalaria en el Brasil .....	545
Cirugía del simpático en las alteraciones vasculares del cerebro.....	548
Conducta que hay que seguir en algunas lesiones de la vejiga ocasionadas al practicar la histerectomía total .....	653
Día mundial de la salud .....	319
Denervación del seno carotideo y poliartritis crónica evolutiva .....	420
Discurso en el XVIII aniversario de la Academia .....	427
Dos casos de desarticulación inter-ilisacro-púbica según la técnica del doctor Darío Fernández. ....	618
El tratamiento de la artritis reumatoide .....	317
Extirpación de adenomas de la próstata por la vía cisto cervico retropúbica.....	329
Exoftalmus intratable .....	501
El factor neurógeno en la patogenia de las pancreatitis agudas .....	631
Fecundidad trasatlántica del genio de René Leriche .....	493
Glomus caroticus neoplasias .....	219
Gastrectomía por úlcera gástrica .....	609
Hernia inguinal, cura operatoria de la .....	285
Histerectomía abdominal, algunos problemas .....	396
Histerectomía general, notas bibliográficas .....	466
Hernias profesionales .....	517
Histerectomía abdominal, comentario .....	535
Inminencia de muerte bajo anestesia .....	196





# Ahora en 2 dosificaciones



DIRECCIONES PARA EL USO DEL FRASCO BIMATIC.



Claposea el frasco superior de la vial para que el éter se retire y se retire el éter.



Aprieta fuerte que la sangre sea homogénea.



Intercala el frasco BIMATIC, conmoviendo la sangre en cada 10 segundos, evitando la coagulación entre las dos sustancias.

La Hidrocilina se presenta en frascos BIMATIC que constituyen la última novedad en envases para inyectables, permitiendo que en la misma unidad y perfectamente separados estén contenidos tanto el inyectable como su solvente.



Fluido

Cada frasco BIMATIC contiene

Penicilina G Procainica Cristalina 300,000 U. O.

Penicilina G Sódica Cristalina 100,000 U. O.

Carbonato de sodio 8 mg.

y 5 ml. de solución salina de cloruro de sodio al 0.85%.

Fluido

Cada frasco BIMATIC contiene

Penicilina G Procainica Cristalina 600,000 U. O.

Penicilina G Sódica Cristalina 200,000 U. O.

Carbonato de sodio 8 mg.

y 5 ml. de solución salina de cloruro de sodio al 0.85%.

La Hidrocilina proporciona con la mayor rapidez un nivel sanguíneo terapéutico por medio de la Penicilina G Sódica Cristalina y sostiene por el mayor tiempo una concentración inhibitoria del antibiótico en contacto directo y sostenido con el organismo invasor por las propiedades de la Penicilina G Procainica Cristalina.

CARLOS GROSSMAN, S.A.  
Sadi Carnot No. 86. México, D. F.



**THIS PUBLICATION**  
**IS REPRODUCED BY AGREEMENT**  
**WITH THE PUBLISHER. EXTENSIVE**  
**DUPLICATION OR RESALE WITHOUT**  
**PERMISSION IS PROHIBITED.**